

***AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PERCEBIDA PELOS CONSUMIDORES EM
SERVIÇOS DE SAÚDE***

O caso da Clínica Privada de Guimarães

por

Joana Luísa Lopes Fernandes

Relatório de Estágio

MESTRADO EM GESTÃO E ECONOMIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Orientada por:

Professora Doutora Teresa Fernandes Silva

*“We are all apprentices in a craft
where no one ever becomes a master.”*

— Ernest Hemingway

Nota Biográfica

Joana Luísa Lopes Fernandes nascida na cidade de Guimarães, em Setembro de 1993.

Ingressa na licenciatura de Ciências Biomédicas na Universidade de Aveiro no ano de 2011, concluindo-a três anos depois, em 2014, com média final de 15 valores.

No mesmo ano, ingressa no Mestrado em Gestão e Economia da Faculdade de Economia da Universidade do Porto, através do qual realizou um estágio curricular na Clínica Privada de Guimarães. Concorreu, posteriormente, a uma bolsa de estudos nos Estados Unidos no ano de 2016, tendo sido aceite, ingressou num curso intensivo de um mês de *Strategic Thinking and Healthcare Management* na *Mount Saint Mary College*, na Universidade de Nova Iorque. Acompanhou o seu percurso académico com experiências profissionais em regime de *part-time*, adquirindo assim competências práticas noutras áreas do saber.

Concorreu ao *Programa Trainees +Talento* da José de Mello Saúde, tendo sido seleccionada. Iniciará atividade em Setembro deste ano no Instituto CUF, no Porto.

Agradecimentos

À minha orientadora *Professora Doutora Teresa Fernandes Silva*, por ter acreditado em mim e por toda a disponibilidade demonstrada nos momentos mais cruciais.

À *Clinica Privada de Guimarães* e a todos os colaboradores, pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional que me proporcionaram. Ao *Dr. Filipe Pereira*, um agradecimento especial pela partilha de conhecimentos constante, pela disponibilidade e pelo carinho com que sempre me recebeu.

A todos os *utentes* da Clínica Privada de Guimarães que participaram neste trabalho, sem os quais o mesmo não seria concretizável.

Ao *Dr. Arantes Gonçalves*, pela luz num momento difícil. À *Dra. Nádia Neiva* por ter mudado o rumo da minha vida. Nunca terei palavras para agradecer tudo o que fez por mim.

Ao *João Costa*, o meu porto seguro, por estar presente onde e quando preciso, por ver em mim tudo aquilo que não vejo e por me ajudar a crescer todos os dias.

À *Rita Dias*, à *Ana Freitas* e ao *João Lopes*, os meus eternos, por serem uma inspiração, exemplos de coragem, determinação e resiliência, por serem os melhores amigos que alguém pode ter. Ao *José Marques* e à *Diana Martins*, por vibrarem com as minhas conquistas e por partilharem comigo uma amizade inestimável.

À minha *mãe*, pelo exemplo de superação e perseverança, por ser uma força da natureza na qual me inspiro todos os dias. Ao meu *pai*, por ser um exemplo de caráter, princípios e bondade. À minha *irmã*, por ser a luz que me guia nos melhores e nos piores momentos. Obrigada pelo amor e compreensão incondicionais.

Aos meus *colegas de curso*, por me terem proporcionado momentos de aprendizagem diários. Foi uma honra dividir esta experiência com todos vocês.

Aos meus *professores*, pelo profissionalismo e dedicação ao ensino, por nos terem transmitido muito mais do que conceitos teóricos.

A todos, o meu enorme e sincero OBRIGADA!

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACP – Análise de Componentes Principais

AICEP – Agência para o Investimento e Comércio Externo de Portugal

AMA – *American Marketing Association*

CPG – Clínica Privada de Guimarães

EUA – Estados Unidos da América

INE – Instituto Nacional de Estatística

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

TQS – *Total Quality Service*

WOM – *Word-of-mouth*

Lista de Notações

\bar{x} – Média amostral

F – Análise de Variância (ANOVA)

H^2 – Comunalidades da Análise Fatorial

KMO – Medida de adequação das amostras de *Kaiser-Meyer-Olkin*

s – Desvio Padrão amostral

Resumo

INTRODUÇÃO. A Clínica Privada de Guimarães (CPG) é uma unidade de saúde privada, do concelho de Guimarães, cuja missão é a prestação de serviços de excelência, tornando-se um serviço de referência pela sua qualidade. Desta forma, a avaliação da qualidade prestada é fulcral para o alcance dos seus objetivos a médio e longo prazo, servindo de base para o desenvolvimento de estratégias que permitam a melhoria contínua dos seus serviços. **OBJETIVOS.** O objetivo central deste estudo é avaliar a Qualidade do serviço da CPG. Para além disso pretende-se também determinar as dimensões que a compõem, perceber a sua influência, e das suas dimensões, nas Intenções comportamentais dos pacientes e, por último, compreender a influência de características como género, idade, escolaridade e duração da relação entre paciente e clínica, na perceção de Qualidade. **METODOLOGIA.** Aplicação de um modelo proposto, adaptado dos estudos de Dagger *et al.* (2007) e Ramsaran-Fowdar (2008). Os dados foram recolhidos por questionário autoadministrado a 92 pacientes da CPG (34 Homens e 58 Mulheres), com idades compreendidas entre os 16 e os 79 anos, num período de 8 semanas. **RESULTADOS.** As 4 dimensões propostas – Tangibilidade/Imagem, Capacidade de Resposta, Empatia e Competência/Segurança – medem a Qualidade. Os dados demonstraram que 64,5% da variância das Intenções Comportamentais dos pacientes são explicadas pela Qualidade, e as dimensões que mais as impactam são a Capacidade de Resposta e a Competência/Segurança. Obteve-se significância estatística na diferença entre as perceções de qualidade em pacientes na sua primeira visita e os restantes grupos. **CONCLUSÕES.** O serviço da CPG foi avaliado positivamente pelos pacientes. No entanto, foram identificadas falhas na Capacidade de Resposta, dimensão cujas perceções de qualidade dos inquiridos foram inferiores às expectativas. Os resultados obtidos podem auxiliar na tomada de decisão relativamente à alocação de recursos referentes à melhoria da qualidade dos seus serviços, que no longo prazo, se traduzirá em melhores resultados financeiros.

Palavras-Chave: Marketing de Serviços; Qualidade do Serviço; Serviços de Saúde; SERVPERF.

Abstract

INTRODUCTION. *Clínica Privada de Guimarães* (CPG) is a private health clinic in Guimarães whose mission is to provide excellent services, becoming a reference unit for its quality. Thus, an evaluation of the service quality that it provides is central to the achievement of its purpose in the medium and long term, underpinning the strategy development that will allow continuous improvement of its services. **PURPOSE.** The main purpose of this study is to evaluate the service quality in CPG. Additionally, this investigation also intends to determine the dimensional structure of Quality, to understand how service quality, and its dimensions, impact behavioral intentions; and understand the influence of certain characteristics, such as gender, age, education and length of patient-clinic relationship, in quality perception. **METHODS.** This study proposes a model adapted from Dagger et al. (2007) and Ramsaran-Fowdar (2008). Data were collected by self-administered survey for 92 patients from CPG (34 Men and 58 Women), aged 16 to 79 years, over a period of 8 weeks. **RESULTS.** Quality can be measured by the 4 proposed dimensions: Tangibility/Image, Responsiveness, Empathy and Competence/Reliability. Data showed that 64.5% of Behavioral Intentions variance is explained by Quality, and Responsiveness and Competence/Reliability are the dimensions with greater impact. Statistical significance was obtained for the different Quality Perceptions in patients on their first visit when compared to other groups. **CONCLUSIONS.** CPG service was evaluated positively by the patients. However, failures in Responsiveness were identified, dimension whose respondents quality perceptions were lower than expectations. The study's findings may help in decision making regarding the resource allocation necessary for the improvement of service quality, which translate into better financial results in the long run.

Keywords: Services Marketing; Service Quality; Health Services; Perceived Service Quality; SERVPERF.

Índice

NOTA BIOGRÁFICA	I
AGRADECIMENTOS	II
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	III
LISTA DE NOTAÇÕES	III
RESUMO.....	IV
ABSTRACT.....	V
ÍNDICE DE TABELAS.....	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
1 INTRODUÇÃO	1
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
2.1 MARKETING	3
2.2 MARKETING DE SERVIÇOS.....	6
2.2.1 CARATERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	8
2.2.2 O CASO PARTICULAR DA SAÚDE	12
2.3 QUALIDADE EM SERVIÇOS.....	13
2.3.1 QUALIDADE, SATISFAÇÃO E INTENÇÕES COMPORTAMENTAIS	15
2.3.2 MODELOS DE QUALIDADE.....	17
2.3.2.1 <i>Modelo de Gaps – SERVQUAL</i>	18
2.3.2.2 <i>Modelo de Cronin e Taylor (1992) - SERVPERF</i>	22
2.3.3 QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	23
3 ESTÁGIO CURRICULAR	27
3.1 APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE DE ACOLHIMENTO	27
3.2 FUNÇÕES DESEMPENHADAS	28
3.3 QUESTÃO CENTRAL DO ESTÁGIO	29
4 METODOLOGIA	31

4.1	OBJETIVOS	31
4.2	DESENVOLVIMENTO DA ESCALA	31
4.2.1	ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	31
4.2.2	CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO	35
4.3	HIPÓTESES DO ESTUDO	38
4.4	AMOSTRAGEM.....	39
5	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	41
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	41
5.2	ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS	44
5.3	ANÁLISE FATORIAL E CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA	47
5.4	TESTES DE HIPÓTESES	50
5.4.1	DIMENSÕES X QUALIDADE.....	50
5.4.2	QUALIDADE E RESPECTIVAS DIMENSÕES X INTENÇÕES COMPORTAMENTAIS	51
5.4.3	QUALIDADE X GÊNERO	54
5.4.4	QUALIDADE X IDADE.....	54
5.4.5	QUALIDADE X ESCOLARIDADE	55
5.4.6	QUALIDADE X RELAÇÃO	55
6	CONCLUSÃO	57
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
8	ANEXOS	69
	ANEXO I – INQUÉRITO DE PRÉ-TESTE.....	69
	ANEXO II – INQUÉRITO APLICADO	71
	ANEXO III – DIVISÃO DAS VARIÁVEIS POR DIMENSÃO	73
	ANEXO IV – OUTPUT IBM SPSS® SOFTWARE: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA AMOSTRA.....	74
	ANEXO V – OUTPUT IBM SPSS® SOFTWARE: ANÁLISE FATORIAL.....	78
	ANEXO VI – OUTPUT IBM SPSS SOFTWARE: ANÁLISE CONSISTÊNCIA INTERNA	84
	ANEXO VII – OUTPUT IBM SPSS® SOFTWARE: ANÁLISE FATORIAL (H1).....	87

ANEXO VIII – OUTPUT IBM SPSS® SOFTWARE: CONSISTÊNCIA INTERNA (H1).....	88
ANEXO IX – OUTPUT IBM SPSS® SOFTWARE: ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR SIMPLES (H2)	89
ANEXO X – OUTPUT IBM SPSS® SOFTWARE: ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA (H2).....	90
ANEXO XI – OUTPUT IBM SPSS® SOFTWARE: TESTES DE HIPÓTESES	91

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Descrição dos Gaps do modelo de Parasuraman <i>et al.</i> (1985).....	19
Tabela 2 – Distribuição da amostra por Género, Faixa Etária, Escolaridade, Tempo de Relação e Especialidade ou Serviço frequentado	42
Tabela 3 – Estatísticas Descritivas principais variáveis em estudo e respetivos gaps....	44
Tabela 4 – Tabela resumo da análise fatorial e de consistência interna das dimensões do modelo proposto.....	49
Tabela 5 – Principais resultados da análise fatorial e de consistência interna do constructo de qualidade do modelo proposto (H1).....	51
Tabela 6 - Resultados da Regressão Linear Simples (H2).....	52
Tabela 7 - Resultados da Regressão Linear Múltipla (H2).....	53
Tabela 8 – Teste de homogeneidade de variâncias e comparação de médias da qualidade percebida de acordo com o género (H3a)	54
Tabela 9 - Teste de homogeneidade de variâncias e comparação de médias da qualidade de acordo com a idade (H3b).....	54
Tabela 10 - Teste de homogeneidade de variâncias e comparação de médias da Qualidade percebida de acordo com a Escolaridade (H3c)	55
Tabela 11 - Teste de homogeneidade de variâncias e comparação de médias da qualidade de acordo com a Relação (H3d)	55

Índice de Figuras

Figura 1 - Logotipo da Entidade de Acolhimento	27
Figura 2 – Modelo Proposto de Qualidade de Serviços de Saúde	34

1 INTRODUÇÃO

A qualidade dos serviços oferecidos pelos prestadores de serviços de saúde – quer públicos quer privados – aos seus utentes é uma preocupação primordial, exigindo uma atenção e investimento constantes. É um tema que tem merecido uma especial atenção nas últimas décadas, devido ao impacto que tem na *performance* das organizações, quer pela redução de custos e no aumento da rentabilidade, quer na lealdade dos consumidores (Seth *et al.*, 2005). Tendo em conta a intensificação da concorrência, a exigência crescente dos consumidores, a sua maior sensibilidade e expectativa com determinados aspetos da prestação do serviço, a preocupação com o aumento da qualidade oferecida é vital (Ribeiro, 1993).

Esta sensibilidade dos consumidores à qualidade dos serviços é redobrada na saúde, devido a algumas características intrínsecas da área. Nomeadamente: (1) o consumo não acontece por vontade ou desejo, mas, geralmente, por necessidade física ou psicológica (Pai e Chary, 2013); (2) no momento do consumo, o utente encontra-se fragilizado e algo ansioso (Berry e Bendapudi, 2003); (3) o risco percebido é mais elevado do que na grande maioria dos serviços (Murray, 1991); (4) são serviços causadores de um grande impacto no orçamento do consumidor; (5) são serviços intensamente intangíveis, o que provoca nos consumidores uma procura intensiva por evidências de qualidade ou da falta dela (Berry e Bendapudi, 2003).

A qualidade dos serviços oferecidos diferencia as organizações, sendo um fator criador de vantagem competitiva (Berry *et al.*, 1988). Entregar um serviço de qualidade é mais do que estar em conformidade com especificações técnicas, significa ir de encontro às expectativas dos consumidores e fazê-lo de forma consistente. Um serviço tecnicamente perfeito que não satisfaça as expectativas dos consumidores, poderá não atingir o sucesso pretendido pelas organizações. Se o prestador se inteirar do modo como os seus consumidores avaliam os serviços que presta, será capaz de influenciar essas avaliações na direção desejada. Nesse sentido, conhecer os determinantes da qualidade pode fazer a diferença entre perder ou reter os consumidores.

São já inúmeros os trabalhos a nível internacional que tentam perceber quais as dimensões de qualidade dos serviços de saúde, qual a influência das expectativas dos pacientes na avaliação que fazem da qualidade dos serviços que consomem e qual o efeito que as perceções de qualidade têm no seu comportamento. No entanto, são raros os trabalhos desenvolvidos no contexto português que visem explicitar o processo de avaliação dos serviços de saúde pelos seus utilizadores, identificando os atributos em que estes se baseiam para fazer essa mesma avaliação.

O objetivo principal deste trabalho é avaliar a qualidade dos serviços de saúde prestados pela Clínica Privada de Guimarães, na perspetiva dos seus utilizadores, fornecendo informações fulcrais para a tomada de decisão sobre estratégias a adotar para melhorar a qualidade dos serviços da mesma. Pretende-se também: (1) Determinar as dimensões que compõem a Qualidade; (2) Perceber a influência da Qualidade percebida nas Intenções Comportamentais dos pacientes; (3) Identificar as dimensões com maior impacto nessas Intenções; e (4) Perceber se a avaliação da Qualidade do serviço varia consoante o género, a idade, a escolaridade e o tempo de relação com a Clínica.

Tendo em conta que os serviços de saúde são de grande importância para os consumidores, será de esperar que a avaliação da qualidade que fazem dele determine o seu comportamento futuro (Cronin e Taylor, 1992; Akhtar, 2011; Murti *et al.*, 2013; Pai e Chary, 2014). Assim, espera-se que a Qualidade percebida tenha um impacto nas intenções comportamentais dos pacientes.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O propósito deste capítulo é o de apresentar e contextualizar um dos conceitos centrais deste trabalho: Qualidade em Serviços de Saúde. Assim, estruturou-se a revisão da literatura em três grandes secções: na primeira é apresentado o *Marketing* e alguns dos seus conceitos mais importantes; na segunda distingue-se o marketing de produtos do *Marketing de Serviços*, dando uma ênfase especial às características destes últimos; na terceira secção é abordado o tema da *Qualidade em Serviços*: Conceito, Obstáculos no seu controlo e avaliação e a distinção entre este conceito e a satisfação, relacionando-os com as intenções comportamentais dos consumidores. São também apresentados alguns instrumentos de avaliação da qualidade mais populares na literatura de serviços – o Modelo de *Gaps (SERVQUAL)* de Parasuraman et al. (1985; 1988) e o Modelo de Cronin e Taylor (1992) (*SERVPERF*). Por último destaca-se a temática da Qualidade em Serviços de Saúde.

2.1 Marketing

Marketing pode ser definido, de uma forma extremamente simples e redutora, como a satisfação de necessidades de forma rentável. Através dele é possível transformar uma necessidade, privada ou social, numa oportunidade de negócio lucrativa. Consiste então nas ações conduzidas com o objetivo de obter as respostas desejadas de um público-alvo (Kotler, 2002), tornando o processo de venda praticamente supérfluo (Drucker, 1986). Segundo a Associação Americana de Marketing, o Marketing engloba

“todas as atividades, instituições e processos para a criação, comunicação, entrega e troca de ofertas que têm valor para os clientes, parceiros e para a sociedade no geral”. (AMA, 2013)

As vendas e a publicidade – elementos aos quais o marketing é comumente associado – são apenas uma parte do enorme conjunto de ferramentas de marketing. Os consumidores não compram bens ou serviços *per se*, mas sim os benefícios que esses bens ou serviços lhes trazem. Os consumidores compram soluções para servir os seus

próprios processos geradores de valor. O valor para o consumidor é um rácio entre esses benefícios que recebe e aquilo de que abdica, os custos (Kotler, 2002).

A criação e a entrega de valor são conceitos que atravessam toda a literatura, não sendo, contudo, unilaterais. A partir da criação de valor para os consumidores, as empresas pretendem, em retorno, captar valor deles também (Kotler e Armstrong, 2012). As transações são mutuamente vantajosas, não sendo apenas baseadas em trocas de produtos, mas também de outros recursos como tempo, energia e emoções (Yudelso, 1999).

Os profissionais desta área têm funções variadas, desde a gestão da procura de produtos e serviços, à procura de estratégias de diferenciação para as suas empresas, de retenção e fidelização de clientes, entre muitas outras. Tendo em conta que não é possível agradar todos os indivíduos de um mercado, os *marketers* têm que identificar e traçar o perfil dos diferentes grupos de consumidores, com diferentes preferências, e que exigem diferentes produtos ou um *marketing mix* distinto – segmentação do mercado. Desta forma, poderão identificar os segmentos que apresentem melhores oportunidades e cujas necessidades sejam melhor satisfeitas pela organização (Berry e Parasuraman, 1992; Kotler, 2002; Perreault e McCarthy, 2002; Grönroos, 2006).

Segundo Kotler (2002), a chave do sucesso dos *marketers* é conhecer as necessidades, desejos e a procura do mercado-alvo. As necessidades são exigências básicas da condição humana (alimentos, água, abrigo, ...) que, quando moldadas pela sociedade e personalidade de cada indivíduo, se tornam desejos. Os desejos são necessidades orientadas para objetos específicos e quando acompanhados por capacidade de compra, passam a ser designados como procura do mercado. Embora as necessidades não possam ser criadas pelos *marketers*, eles podem influenciar os desejos.

Nos últimos anos, os profissionais de marketing têm vindo a desenvolver novas abordagens aos consumidores. O que antes eram mensagens construídas para as massas, são hoje comunicadas pessoal e diretamente a cada indivíduo. Os *marketers* querem introduzir as suas marcas na vida de cada um, passando a fazer parte dela (Kotler e Armstrong, 2012).

Ao conjunto de elementos a serem tidos em conta pelas organizações, independentemente da sua natureza, dá-se o nome de *marketing mix*. Este conceito, originalmente proposto por Neil Borden nos anos 60 e que incluía mais de uma dezena de elementos (Borden, 1984), foi posteriormente restringido por McCarthy, que considerou apenas quatro categorias principais, os 4 *P's* do marketing:

- **PRODUTO:** desenvolvimento da oferta ideal para o mercado-alvo, seja ela um bem, um serviço, uma experiência, uma ideia, ou uma mistura entre eles, que envolve o desenvolvimento e teste de novos produtos, eliminação ou modificação de produtos já existentes (Kotler, 2002; Las Casas, 2005). O produto é o motivo para a realização de uma troca e, por isso, deve ser o primeiro aspeto a ser pensado no processo de comercialização (Yudelso, 1999).
- **PREÇO:** o preço ideal para o produto que se está a oferecer deve ser ponderado tendo em conta o tipo de competição existente, os custos associados com a produção e disponibilização do produto, o retorno financeiro ambicionado e o valor que os consumidores atribuem aos benefícios que estão a obter (Kotler e Armstrong, 2012). Há que ter em conta que o preço engloba tudo aquilo que o consumidor dá em troca do produto, não se tratando exclusivamente de uma questão financeira (Yudelso, 1999). Um bom produto poderá ser posto de parte pelos consumidores, caso o preço para obtê-lo seja demasiado alto ou, inclusivamente, demasiado baixo. É fulcral formular uma boa política de preços, nunca deixando de analisar a política dos concorrentes (Las Casas, 2005).
- **DISTRIBUIÇÃO (*PLACE*):** um produto bom, com um preço ideal não é suficiente. É necessário pensar como levá-lo ao consumidor, ponderando todas as decisões indispensáveis à sua disponibilização junto do mercado-alvo. O produto de uma empresa só será ideal se for encontrado onde e quando é necessário (Las Casas, 2005).
- **PROMOÇÃO:** trata-se de comunicar ao mercado-alvo o produto e os respetivos canais de distribuição. Pode ser mais focada na retenção dos consumidores já existentes ou na atracção de novos (Kotler e Armstrong, 2012).

O *marketing mix* não se trata de uma teoria científica, mas sim de um quadro conceptual que identifica as quatro temáticas centrais sobre as quais qualquer *marketer* deve refletir (Goi, 2009). Em conjunto com Perreault, McCarthy definiu este conceito como o conjunto de variáveis controláveis que as organizações podem coordenar de modo a satisfazer o seu mercado-alvo. No centro deste sistema encontra-se o consumidor, alvo de todos os esforços de marketing e o propósito final de todas as decisões. Assim, considera-se que todos os P's têm a mesma importância e não devem ser ponderados separadamente, já que são parte integrante de um mesmo sistema (Perreault e McCarthy, 2002).

A ideia chave do marketing é, portanto, a satisfação das necessidades dos consumidores. Esta é a frase em torno da qual todo o pensamento das organizações deverá ser orientado. Mais do que o foco num produto excelente e único, as organizações devem focar-se nos indivíduos que o consomem (Levitt, 2004).

2.2 Marketing de Serviços

Os bens de consumo puro sempre tiveram um peso expressivo nas economias dos países, contudo, têm vindo a perder cada vez mais notoriedade para os serviços. Estes representam grande parte da economia de hoje, sendo responsáveis também pela criação de um número elevado de novos empregos. Segundo o relatório da AICEP dos principais indicadores económicos de Portugal, baseado em dados do INE, a percentagem de população empregada que dedicava a sua atividade ao setor de serviços, em 2016, atingia já os 68,6%, um aumento de 4,6% quando comparado a 2012 (AICEP, 2017).

Desta forma, o investimento em marketing é cada vez mais direcionado para os serviços. Embora estes contem com algumas particularidades que os distinguem dos bens de consumo, não devem de maneira nenhuma ser interpretados como conceitos contrários ou independentes (Kotler, 2002).

Todos os consumidores, sejam eles individuais ou organizacionais, dão importância ao modo como as empresas resolvem as questões de faturação, gerem os erros, as falhas de

serviço e as reclamações. Se facultam apoio acerca da utilização de um produto ou serviço que forneceram, ao modo como se comunicam, se cumprem promessas e prazos estabelecidos, se prestam atenção às suas necessidades, desejos e pedidos especiais, entre outras circunstâncias. Todos estes serviços são, pelas palavras de Grönroos (2007), “*hidden*”, “*non-billable*” e vistos como atividades puramente administrativas. No entanto, refere que devem ser valorizados e geridos convenientemente na medida em que afetam a perceção do consumidor quanto ao valor que retira da relação comercial com o seu fornecedor, podendo evitar ou provocar a procura de alternativas. Na opinião de Haeckel *et al.* (2003), a maior parte das ofertas num ambiente concorrente soluciona aquilo que é considerado como a necessidade central dos consumidores. Daí que esses benefícios centrais não poderem ser, isoladamente, vistos como vantagens competitivas. Apenas quando são aliados serviços secundários de qualidade a um serviço central de qualidade, se verifica a criação de uma vantagem competitiva poderosa e sustentável (Grönroos, 2007).

Um serviço não é o mesmo que um produto (Solomon, 2004). Nas palavras de (Grönroos, 2001) uma empresa de serviços não tem produtos, apenas processos interativos. Levitt (1981) designa produtos e serviços como bens tangíveis e intangíveis, defendendo que nenhum produto é totalmente tangível e que todas as indústrias vendem intangíveis, independentemente daquilo que produzem. Um serviço é uma atividade, benefício, ato ou *performance* que, mesmo estando associado a um produto, é essencialmente intangível e, ao contrário dos bens tangíveis, não resulta na propriedade de algo (Lovelock e Wirtz, 2004). Neste seguimento, pode dizer-se até que é praticamente impossível encontrar bens de consumo “puros”, que não acarretem nenhum tipo de serviço associado. As diferenças entre produtos e serviços são óbvias e aceites pelos diferentes autores, no entanto, a sua interdependência e, em alguns casos, inseparabilidade é também consensual.

O marketing de serviços assenta na crença de que o consumo de serviços é um consumo de processos, onde o consumidor perceciona o processo produtivo como parte do consumo e não apenas um consumo de resultados, onde o consumidor apenas perceciona o produto final, como acontece no marketing tradicional (Grönroos, 1998).

Há três pressupostos transversais à literatura de marketing de serviços: (1) Há um conjunto de particularidades que separam os serviços dos bens tangíveis; (2) As características dos serviços originam problemas únicos, que não se verificam nos produtos; (3) As soluções tradicionalmente usadas para os problemas do marketing do produto são insuficientes para os problemas do marketing de serviços.

Os principais atributos que fazem do marketing de serviços um setor particular são a intangibilidade, a inseparabilidade entre produção e consumo, a heterogeneidade e a perecibilidade - características IHIP (Zeithaml *et al.*, 1985; Moeller, 2010).

2.2.1 Características dos Serviços

Sendo o serviço uma experiência interativa, vai exigir a participação presencial, ativa, e conjunta de todas as partes envolvidas (Zeithaml *et al.*, 1985; Solomon, 2004). A produção, entrega e consumo de um serviço são simultâneas, ou seja, existe uma inseparabilidade entre produção e consumo (Carmen e Langeard, 1980; Zeithaml *et al.*, 1985). Enquanto que um produto é produzido, vendido e, por último, consumido, um serviço é em primeiro lugar vendido e só depois produzido e consumido simultaneamente (Regan, 1963). Esta característica provoca: (1) contacto entre consumidor e processo produtivo (Carmen e Langeard, 1980; Grönroos, 2001); (2) presença de outros consumidores no mesmo processo de produção; (3) ligação física e permanente entre fornecedor e serviço, sendo o produtor e o vendedor a mesma entidade e (4) impossibilidade da produção centralizada e em massa (Zeithaml *et al.*, 1985). Mais do que o contacto com o processo e os recursos de produção dos serviços, os consumidores participam na própria criação de valor, isto é, são cocriadores dos serviços que eles mesmos consomem. A qualidade da participação dos consumidores poderá afetar, positiva ou negativamente, a qualidade final dos serviços. Eles são igualmente responsáveis pela sua própria satisfação com o serviço obtido (Bitner *et al.*, 1997; Grönroos, 2006; 2012).

Tendo em conta a inseparabilidade entre produção e consumo, há um enorme potencial de variabilidade, isto é, existe uma heterogeneidade intrínseca e inevitável aos serviços, quer pela prestação do profissional em si, quer a provocada pelo próprio consumidor.

Assim, é de uma dificuldade extrema o desenvolvimento de processos *standard* nos serviços e no controlo de qualidade dos mesmos (Levitt, 1981; Zeithaml *et al.*, 1985). Esta variabilidade no *output* dos serviços é particularmente intensa quando existe um extensa mão-de-obra, onde dificilmente existe coerência no comportamento e *performance* entre os diferentes colaboradores e entre o comportamento do mesmo colaborador em diferentes circunstâncias (Moeller, 2010), o que não acontece quando as máquinas dominam o processo produtivo (Berry *et al.*, 1985). Quanto maior a extensão de mão-de-obra de um serviço, maior é a probabilidade de ocorrência de erros, atrasos e idiossincrasias (Levitt, 1981).

O facto de os serviços não poderem ser armazenados para posterior utilização acarreta problemas. A sua perecibilidade torna a sincronização entre oferta e procura mais complexa e o impacto das flutuações da procura muito mais intenso. Embora as instalações, equipamentos e profissionais possam estar permanentemente preparados para uma possível criação de serviço, constituem apenas capacidade de produção e não o produto em si. Para além do gestor de serviços ser obrigado a lidar com picos de procura tendo uma capacidade instalada bastante limitada (restrita ao número de prestadores), tem também de gerir níveis de procura muito diminutos, em que a capacidade instalada é totalmente desperdiçada (Zeithaml *et al.*, 1985; Lovelock e Wirtz, 2004).

Por último, é de referir a intangibilidade dos serviços. Esta é a característica mais consistentemente citada na literatura pelos principais autores, sendo considerada a responsável por todas as outras. Embora todos os produtos tenham um grau de intangibilidade associada, os serviços são quase inteiramente intangíveis, não podendo ser observados, tocados ou provados, pelo menos da mesma forma que os bens tangíveis o são (Levitt, 1981; Zeithaml *et al.*, 1985). A impossibilidade de experimentação torna-se um desafio ainda maior para os fornecedores, tendo em conta que não conseguem consciencializar totalmente os consumidores dos benefícios de um determinado serviço (Levitt, 1981).

A importância da intangibilidade centra-se principalmente no efeito que provoca no processo de decisão dos consumidores (Laroche *et al.*, 2001). Ao contrário do que acontece nos produtos tangíveis, que antes mesmo da compra podem ser testados, os consumidores de intangíveis são normalmente obrigados a depender de outros para avaliarem aquilo que poderão obter, previamente à sua experimentação. A incerteza dos consumidores em relação ao que irão obter, causa insegurança, obrigando-os a confiar nos vendedores. Os consumidores estão assim a comprar apenas promessas de satisfação (Levitt, 1981; Coulter e Coulter, 2002).

A satisfação no consumo raramente vai ser igual à satisfação prometida (Levitt, 1981). Isto acontece maioritariamente devido às expectativas dos consumidores, isto é, a satisfação vai ser menor quanto maior a diferença entre aquilo que esperavam obter e aquilo que efetivamente obtiveram (Wirtz e Bateson, 1999).

No geral, as pessoas usam a aparência para fazerem juízos de valor e, quanto maior a intangibilidade do produto, mais a sua avaliação é moldada por essa imagem – desde a aparência do representante da empresa fornecedora, aos folhetos utilizados para o publicitarem. Assim, os fornecedores de serviços tentam transmitir a qualidade dos seus produtos através de elementos físicos e tangíveis. Todos estes elementos são centrais para a venda, fazendo parte do pacote do produto que é vendido. Assim, um elevado grau de intangibilidade dificulta a obtenção de novos clientes (Levitt, 1981), podendo também acarretar obstáculos à manutenção desses clientes.

Em serviços, os processos de conceção, fabrico e entrega são geralmente da responsabilidade da mesma pessoa, ou grupo de pessoas, sendo os últimos dois praticamente indistinguíveis. Assim, mesmo que a conceção e a produção do serviço sejam de qualidade, se a sua entrega for insatisfatória para o consumidor, todo o serviço será avaliado como sendo de baixa qualidade (Levitt, 1981). Associando o facto da qualidade dos serviços não poder ser avaliada previamente à sua compra e da dificuldade em avaliá-la mesmo após a sua experimentação, é necessário que haja uma atenção especial aos sinais e pistas transmitidas aos consumidores ao longo de toda a prestação, fiscalizando sempre as evidências físicas a que este vai ter acesso (Solomon,

2004). É através dessas evidências tangíveis que o consumidor vai retirar conclusões à cerca da qualidade do serviço.

Existem assim obstáculos aos *marketers* de serviços que não se verificam no caso dos produtos tangíveis e, por consequência vão exigir estratégias e soluções especiais (Zeithaml *et al.*, 1985).

A natureza específica dos serviços requer a inclusão de novas variáveis no *Marketing Mix* acima referido, os 3 P's do marketing de serviços:

- PESSOAS: sendo os serviços dependentes da interação direta dos profissionais da empresa com os seus consumidores, esta é determinante para a imagem de qualidade que eles constroem da empresa. Assim, a dedicação com o recrutamento, formação e motivação de todos os profissionais é essencial, já que estes podem ser a vantagem competitiva de uma empresa. Os restantes consumidores da empresa e as relações que entre eles se estabelece influenciam também a sua imagem (Bitner, 1990; Lovelock e Wirtz, 2004).
- PROCESSOS: os métodos utilizados na entrega de um serviço têm de ser bem elaborados e implementados, para que sejam rápidos e eficazes de modo a satisfazer o consumidor. Um serviço eficaz passa também por uma alta produtividade dos prestadores e pelo baixo número de erros ou falhas. O processo de entrega de um serviço pode ser tão ou mais importante, para a qualidade de um serviço, do que o seu resultado (Parasuraman *et al.*, 1985; Bitner, 1990; Lovelock e Wirtz, 2004).
- EVIDÊNCIAS FÍSICAS (*PHYSICAL EVIDENCES*): desde a aparência do próprio edifício, à sinalização utilizada e aos equipamentos, até à aparência física dos profissionais e o modo como se comportam, tudo está incluído no pacote de evidências tangíveis que moldam a perceção de qualidade dos serviços de uma empresa (Berry *et al.*, 1985; Bitner, 1990; Lovelock e Wirtz, 2004).

Numa empresa de serviços, o alcance e o conteúdo do marketing são mais complexos. Todos os profissionais têm de ser vistos como *marketers* da empresa, já que a natureza dos serviços assim o obriga. A inseparabilidade dos serviços faz com que tanto o

prestador como todo o pessoal de atendimento, sejam decisivos na avaliação e satisfação finais dos consumidores. O fator humano assume então uma grande importância na qualidade do serviço prestado.

Os colaboradores de uma empresa pertencem ao seu capital intelectual e têm de ser bem formados, deter qualidade e motivação para prestar um bom serviço e assim gerarem capital financeiro. Os colaboradores do *front office* fazem a ligação entre empresa e consumidor. Para o consumidor, eles são a empresa. Para que a experiência total do consumidor seja satisfatória, os colaboradores têm de estar dispostos a prestar um bom serviço e precisam de ter as condições e o suporte operacional necessários. Assim, problemas na qualidade dos serviços intermédios, provocarão problemas de qualidade ao nível do consumidor final. Por este motivo, os colaboradores devem ser vistos como consumidores intermédios de serviços de suporte que fazem parte do serviço que eles mesmos prestam (Berry *et al.*, 1985; Berry *et al.*, 1988).

Assim, a estratégia de marketing em serviços tem de considerar os colaboradores como o recurso mais preponderante para o sucesso e não como meros custos de produção. São de valorizar fatores como a motivação dos profissionais, já que a mesma será transmitida aos consumidores (Grönroos, 2007).

Desta forma, será possível concluir com bastante segurança que, pelas suas características, os serviços impõem um comportamento distinto do consumidor, exigindo um maior cuidado e atenção da gestão das organizações.

2.2.2 O Caso Particular da Saúde

Até meados dos anos 70, o Marketing não era de forma nenhuma uma preocupação das organizações de saúde, à exceção das empresas farmacêuticas e de dispositivos médicos, cujo estímulo da procura pelos seus produtos era já uma preocupação. Nos dias de hoje, a importância do Marketing em Saúde é bastante mais reconhecida, embora haja ainda alguma relutância por parte de alguns prestadores de cuidados de saúde em admiti-lo. As organizações de saúde preocupam-se cada vez mais com a construção de uma marca e com a promoção da mesma no mercado. A localização, o

design e a política das novas empresas já não são fatores fortuitos, mas sim estudados e planeados de forma a atrair e reter o maior número de utentes possível (Kotler *et al.*, 2008).

A prestação de serviços de saúde é vital e insubstituível. Há algumas características que tornam estes serviços distintos e ainda mais especiais que os restantes (Berry e Bendapudi, 2003).

Em primeiro lugar, é de apontar que os pacientes procuram as organizações de saúde por necessidades físicas ou psicológicas. É um tipo de serviço que, por norma, todos os indivíduos procuram evitar. Embora necessário, nem sempre é desejado (Pai e Chary, 2013).

Adicionalmente, os pacientes têm um papel ainda mais preponderante nos resultados obtidos, sendo também considerados como produtores dos serviços que adquirem. Muitas vezes, neste tipo de encontros, o paciente encontra-se debilitado, sensível e com um grau variável de ansiedade, o que influencia intensamente a sua experiência. Esta característica distancia estes consumidores dos consumidores ditos tradicionais (Berry e Bendapudi, 2003; Kotler *et al.*, 2008).

Importa também referir que o risco e a incerteza percebidos pelos consumidores têm um impacto no processo de escolha, provocando também alterações nas suas necessidades de procura de informação. Esta necessidade será tanto maior quanto maior o grau de risco percebido (Murray, 1991). Tendo em conta que os consumidores de serviços de saúde estão, não só, a abdicar do seu tempo e dos seus recursos financeiros, mas também a colocar a sua saúde na responsabilidade de outrem, a sua perceção de risco é muito superior a qualquer outro serviço ou produto.

2.3 Qualidade em Serviços

Ainda nos anos 80, Berry, Zeithaml e Parasuraman afirmaram que a qualidade é essencial quando um serviço é aquilo que se está a vender (Berry *et al.*, 1985). Esta qualidade é muitas vezes a diferença entre o sucesso e o fracasso de um negócio, já que

entre empresas prestadoras de um mesmo tipo de serviço, esta é uma característica diferenciadora, fonte de uma forte vantagem competitiva (Berry *et al.*, 1988).

A qualidade dos serviços é um tema que tem vindo a ser intensamente discutido nas últimas décadas (Crosby, 1979; Berry *et al.*, 1985; Parasuraman *et al.*, 1991a; Johnston, 1995; Zeithaml *et al.*, 1996; Berry e Parasuraman, 1997; Grönroos, 2001; Ganesh e Haslinda, 2014). Vários teóricos afirmam que a qualidade dos serviços tem um forte impacto na *performance* das organizações, na redução de custos, na rentabilidade e na satisfação e lealdade dos consumidores (Cronin e Taylor, 1992; Seth *et al.*, 2005). Mesmo os determinantes de qualidade não estando totalmente definidos em todos os contextos, a sua importância para as empresas e consumidores é inegável (Parasuraman *et al.*, 1985; Berry *et al.*, 1988; Brown *et al.*, 1994).

Diferentes autores referem conjuntos distintos de fatores que determinam a qualidade de um serviço. Já a sua definição é muito semelhante em todos eles. Crosby (1979) definiu qualidade como a conformidade com as especificações. Berry *et al.* (1988) afirmam que a qualidade é definida pelo consumidor, ou seja, que as especificações a ter em conta são as dos consumidores e não as das equipas de gestão e marketing. Já Grönroos (2001) distingue dois tipos de qualidade: técnica, ou de resultados, e funcional, ou de processo. Enquanto a primeira se refere ao resultado do processo onde os recursos são utilizados, a segunda é atribuída ao funcionamento do processo em si.

Um dos maiores problemas do marketing de serviços é a enorme dificuldade no controlo de qualidade. O erro é intrínseco à natureza humana, pelo que é extremamente difícil extingui-lo, independentemente da motivação e formação dos prestadores de serviços. A ocorrência de falhas nos serviços é inevitável. É por isto que em serviços, os custos são mais elevados, a qualidade é menos confiável e, consequentemente, a satisfação e manutenção dos consumidores é posta em causa (Levitt, 1981).

A perceção que os consumidores têm é também duvidosa pois raramente se apercebem da real qualidade do serviço que estão a receber. Segundo Levitt (1981), a qualidade é muitas vezes silenciosa, sendo apenas percebida na sua ausência. Este facto é algo

perigoso para os serviços, visto que os consumidores estarão muito mais conscientes das falhas e da insatisfação do que do inverso.

A qualidade depende daquilo que os consumidores entendem dela, independentemente da percepção dos restantes participantes da prestação do serviço e da própria realidade. Um serviço tecnicamente perfeito que não vá de encontro às expectativas dos consumidores será um serviço fracassado. Essa percepção resulta também da comparação que os consumidores fazem entre a experiência que obtiveram com o serviço e as expectativas que formaram sobre o serviço que ainda não tinham recebido. Esta percepção de qualidade inclui todo o processo de prestação do serviço e o resultado obtido com ele. Para que uma empresa construa uma reputação de qualidade precisa de satisfazer, ou exceder, as expectativas que o seu mercado-alvo construiu sobre o seu serviço. Quando os prestadores conhecem o modo como os consumidores avaliam a qualidade dos serviços, conseguem desenvolver uma oferta mais adequada aos desejos e expectativas desses mesmos consumidores. A relação entre as expectativas e percepções de um consumidor irá determinar se a experiência foi satisfatória, insatisfatória ou mais que satisfatória (Berry *et al.*, 1985; Berry *et al.*, 1988).

Um resultado satisfatório é pré-requisito para uma percepção positiva da qualidade, no entanto a percepção do processo em si é também importante para a qualidade total do serviço. Em muitos casos, as empresas de serviços partilham o mesmo tipo de resultados, diferenciando-se apenas a partir dos seus processos (Grönroos, 1998).

2.3.1 Qualidade, Satisfação e Intenções comportamentais

Atualmente, a qualidade percebida dos serviços e a satisfação dos consumidores são objetivos prioritários para qualquer organização e vários autores concentraram os seus esforços na tentativa de definir estes conceitos. Embora intimamente relacionados, estes conceitos são distintos, não havendo ainda uma definição totalmente consensual de ambos (Parasuraman *et al.*, 1988; Bitner, 1990; Oliver, 1993; Brown *et al.*, 1994; Vinagre e Neves, 2008; Akhtar, 2011).

A satisfação é definida como o sentimento ou a atitude pós-consumo em relação a um produto ou serviço (Akhtar, 2011). No modelo de satisfação de Oliver (1980), o autor explica que é quando os consumidores comparam as suas perceções com a *performance* real dos serviços que surgem os sentimentos de satisfação. Esta é então referente à avaliação que o consumidor faz dessa transação específica, sendo função das expectativas pré-compra, normas, previsões e *performance* percebida (Bolton e Drew, 1991; Oliver e Burke, 1999). A evidência mostra que os sentimentos e emoções são variáveis importantes no processo de satisfação e que existe uma relação forte e positiva entre essa satisfação e a qualidade de serviços (Parasuraman *et al.*, 1988; Oliver, 1993; Wirtz e Bateson, 1999; Akhtar, 2011).

A forma como estes dois conceitos se relacionam, segundo a literatura em serviços, pode ser vista essencialmente de duas perspetivas. A primeira, perspetiva da transação, coloca a satisfação como antecessora de uma avaliação geral da qualidade percebida (Parasuraman *et al.*, 1988). Assim, estes autores defendem que uma avaliação da qualidade de um serviço resulta de uma acumulação de julgamentos, resultantes da satisfação com cada uma das transações. A segunda perspetiva, interpreta a qualidade dos serviços como precedente do constructo de satisfação. A qualidade é considerada como uma avaliação cognitiva que serve de base a uma posterior avaliação baseada nas emoções, a satisfação (Cronin e Taylor, 1992; Vinagre e Neves, 2008; Mosahab *et al.*, 2010).

Apesar da coexistência destas duas vertentes de pensamento, parece haver uma maior concordância de que satisfação se refere ao resultado de transações de serviços individuais e do resultado total de uma experiência única de serviço que com o passar do tempo e com a acumulação de julgamentos irá construir as impressões gerais relativas à inferioridade/superioridade da organização e dos seus serviços, isto é, a qualidade do serviço (Parasuraman *et al.*, 1988; Johnston, 1995). Na investigação de Parasuraman *et al.* (1985) os inquiridos mostraram-se satisfeitos com um serviço específico, mesmo sentindo que a organização não era de grande qualidade. Iacobucci *et al.* (1995) concluíram que, o impacto das expectativas dos

consumidores, quando satisfeitas, era maior na satisfação do que na percepção de qualidade dos consumidores.

As intenções comportamentais de um consumidor são sinais da continuação ou término da sua relação com o prestador do serviço, servindo como uma espécie de indicador de rentabilidade futura para as empresas de serviços. Podem assim ser favoráveis (resultando em WOM positivo, aumento de volume de compras do consumidor em questão, lealdade à empresa e/ou pagamento de preços *premium*), ou desfavoráveis, resultando em queixas de serviço (WOM negativo, queixas a entidades externas e ao próprio prestador), redução do volume de compras do consumidor e pesquisa de alternativas concorrentes (Zeithaml *et al.*, 1996; Pai e Chary, 2014).

A lealdade dos consumidores para com uma empresa ou serviço pode ser definida como um compromisso profundo com a sua recompra de forma consistente no tempo, independentemente das influências ou pressões provocadas com a intenção de provocar mudanças de comportamento (Akhtar, 2011).

Há alguma concordância de que tanto a satisfação com os serviços como a avaliação de qualidade deles impactam as intenções comportamentais favoráveis dos utilizadores (Zeithaml *et al.*, 1996). Os resultados na literatura foram algo variados, demonstrando efeitos diretos e indiretos destes constructos, nas intenções (Cronin e Taylor, 1992). Prevê-se que a satisfação com um serviço é positiva e substancial quando um serviço é percecionado como de alta qualidade, isto é, quando o serviço percebido é semelhante ou superior ao expectado (Woodside *et al.*, 1989; Dagger *et al.*, 2007).

2.3.2 Modelos de Qualidade

Inúmeros foram os autores que formularam modelos conceptuais de qualidade e desenvolveram instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços, como são exemplos: Modelo da Qualidade Funcional e Técnica de Grönroos (1984); Modelo dos Atributos da Qualidade do Serviço de Brogowicz *et al.* (1990); Modelo da Qualidade do

Serviço Interno de Frost e Kumar (2000), entre muitos outros. No entanto, há dois modelos que se destacam na literatura, tendo sido intensamente reproduzidos: SERVQUAL e SERVPERF.

2.3.2.1 Modelo de Gaps – SERVQUAL

O trabalho pioneiro de Parasuraman *et al.* (1988) recebeu muita atenção e reconhecimento na literatura, sendo inúmeros os investigadores que replicaram o seu trabalho. O SERVQUAL derivou do Modelo de *Gaps* dos mesmos autores (Parasuraman *et al.*, 1985) e é das escalas mais populares em marketing de serviços. Foi mais tarde refinada pelos mesmos autores (Parasuraman *et al.*, 1991b; 1994).

O objetivo deste instrumento é permitir medir as expectativas e percepções dos consumidores de todo o tipo de serviços, necessitando apenas de pequenas adaptações. Permite fazer comparações de uma mesma empresa ao longo do tempo e entre diferentes empresas prestadoras do mesmo serviço. É possível também, a partir do SERVQUAL, identificar diferentes segmentos de consumidores, isto é, categorizá-los de acordo com a percepção de qualidade individual de cada um. Este instrumento pode ser útil também para avaliar as percepções dos clientes internos da empresa. As informações obtidas nesta escala, são fundamentais no desenho do serviço, do modo como o mesmo é entregue, na formação dos colaboradores da empresa ou no desenvolvimento de programas de monitorização da qualidade.

Num primeiro estudo puramente exploratório, em 1985, os autores realizaram entrevistas a 12 grupos focais de consumidores e entrevistas em profundidade a 3-4 executivos de cada uma das 4 empresas prestadoras de quatro categorias de serviços distintos: banca a retalho, mediação de seguros, reparação e manutenção de produtos e serviços associados a cartões de crédito. Nestas entrevistas conduzidas com executivos das empresas prestadoras e os respetivos consumidores, ficou claro para os autores que existem um conjunto de discrepâncias – *gaps* – entre a percepção de qualidade dos executivos e a percepção dos consumidores (*vide* Tabela 1).

Há *gaps* relacionados com a comunicação entre consumidor e empresa que ocorrem, por exemplo, quando a organização aumenta em demasia as expectativas dos consumidores, quando não mantém contacto ou quando a sua mensagem não é percebida corretamente pelos consumidores (Berry *et al.*, 1985). Há também *gaps* relacionados com a incapacidade de identificação dos desejos e das expectativas dos consumidores. Mesmo quando a organização identifica corretamente as expectativas dos consumidores, há erros que podem ocorrer, quer pelo facto da empresa não estabelecer as suas especificações de acordo com essas expectativas, quer pela ocorrência de um *gap* de *performance* de serviço, isto é, quando as especificações da empresa para um serviço são distintas do serviço que é efetivamente prestado (Berry *et al.*, 1988).

Tabela 1 – Descrição dos Gaps do modelo de Parasuraman et al. (1985)

<i>Gaps</i>	<i>Descrição</i>
Gap 1	Discrepância entre as expectativas dos consumidores e as perceções da gerência.
Gap 2	Discrepância entre as perceções da gerência e as especificações de qualidade do serviço.
Gap 3	Discrepância entre as especificações de qualidade do serviço e a <i>performance</i> do serviço.
Gap 4	Discrepância entre a <i>performance</i> do serviço e as comunicações externas da empresa.
Gap 5	Discrepância entre o serviço esperado e o serviço percebido, função de todas os outros gaps: $gap5=f(gap1, gap2, gap3, gap4)$.

Para os autores, a qualidade de um serviço, tal como percebida pelos consumidores, depende da grandeza e direção do *Gap* 5 que por sua vez é determinado por todos os outros *gaps*.

Neste primeiro estudo, puramente exploratório, definiram 10 determinantes da qualidade a partir das informações recolhidas nas entrevistas: (1) Fiabilidade; (2) Capacidade de Resposta; (3) Competência; (4) Acessibilidade; (5) Cortesia; (6) Comunicação; (7) Credibilidade; (8) Segurança; (9) Compreensão/Conhecer o consumidor; (10) Elementos Tangíveis. Mais tarde, em 1988, com a aplicação do SERVQUAL, a lista inicial de dimensões de qualidade ficou reduzida para metade:

1. Elementos Tangíveis: instalações físicas, equipamento e aparência dos colaboradores;
2. Fiabilidade: capacidade de prestar o serviço prometido com precisão e de modo confiável;
3. Capacidade de Resposta: boa-vontade e capacidade em ajudar os clientes e em prestar um serviço célere;
4. Segurança: conhecimento e cortesia dos colaboradores e a capacidade em inspirar confiança e segurança;
5. Empatia: cuidado e atenção individualizada dada aos clientes pela empresa.

Todas as dimensões são consideradas importantes pelos consumidores, adquirindo pesos distintos para os diferentes tipos de serviços. Há no entanto uma tendência em atribuir menos importância aos tangíveis e mais importância à confiabilidade, quando comparadas com as restantes dimensões (Berry *et al.*, 1988).

Embora concordem que cada indústria de serviços tem aspetos únicos, Parasuraman *et al.* (1991b) consideram que os critérios utilizados pelos consumidores para avaliar a qualidade do serviço são similares em todas elas, atestando este instrumento de medida como passível de aplicar em qualquer contexto, independentemente do tipo de serviço.

De forma a avaliar estas dimensões de qualidade propostas, os autores desenvolveram um questionário com 22 pares de perguntas, em que cada um dos itens é avaliado em duas vertentes: as expectativas gerais do consumidor relativamente a empresas prestadoras de um tipo de serviço e as suas perceções em relação à qualidade de uma empresa prestadora desse mesmo tipo de serviço. Os consumidores podem demonstrar o seu grau de concordância ou discordância com cada um dos itens numa escala de *Likert* de 7 pontos (na qual 1 corresponde a *Discordo Totalmente* e 7 corresponde a *Concordo Totalmente*), o que permite posteriormente calcular o *gap* de qualidade do serviço de cada par de perguntas. Para isso, subtrai-se a expectativa à perceção ($G_i = P_i - E_i$).

Quando a expectativa é igual à perceção o *gap* é igual a zero e o serviço é considerado de qualidade. Quando a expectativa é superior à perceção, o *gap* resultante é negativo e

o serviço é percecionado como de baixa qualidade. Quando a expectativa é inferior à perceção, o *gap* é positivo, logo a qualidade do serviço é percecionada como alta.

Importa aqui definir o conceito de expectativa, tal como foi utilizado pelos autores. Para Parasuraman *et al.* (1988), o conceito de expectativas na literatura de qualidade de serviços é visto como o conjunto de desejos e vontades dos consumidores, ou seja, trata-se daquilo que acham que o prestador devia oferecer e não que *irá* oferecer. São pontos de referência para a avaliação da *performance* do serviço pelos consumidores (Parasuraman *et al.*, 1994). Este termo tem um significado ligeiramente distinto quando aplicado na literatura da satisfação com o consumidor. Neste caso, o conceito de expectativa trata-se de uma previsão feita pelo consumidor sobre aquilo que provavelmente lhe será oferecido.

O constructo de expectativa tem para os autores dois níveis de expectativas latentes. O primeiro nível é o *serviço desejado*, que é o serviço que o consumidor espera receber, baseando-se num conjunto de crenças sobre o nível de *performance* que pode e deve receber. Já o segundo nível, é o *serviço adequado*, que é o serviço mínimo aceitável que um prestador pode fornecer para dar resposta às necessidades básicas dos consumidores. Entre estes dois níveis existe uma *zona de tolerância*, dentro da qual a *performance* é satisfatória na perspetiva do consumidor e a empresa está a ir de encontro às expectativas dos seus consumidores (Parasuraman *et al.*, 1994; Zeithaml *et al.*, 1996).

Embora o Modelo de *Gaps* seja considerado por muitos um dos maiores contributos na literatura de serviços (Brown *et al.*, 1994), foi objeto de crítica para alguns autores. As críticas são focadas na utilização dos *difference scores* (ou diferença de pontuações, uma medida de diferença de valores, que pode provocar problemas de fiabilidade e validade do instrumento), na aplicabilidade da escala em diferentes tipologias de serviços e em diferentes contextos culturais (Cronin e Taylor, 1992; Asubonteng *et al.*, 1996; Ladhari, 2009).

Cronin e Taylor (1992) defendem que a avaliação das expectativas não é necessária para a avaliação da qualidade do serviço, afirmando que esta só depende da perceção do serviço prestado. Para estes autores a avaliação global que os consumidores fazem face

a um serviço é a percepção que eles têm dela e deve ser medida de modo semelhante a uma atitude. Este parecer refuta a conceptualização de Parasuraman *et al.* (1985; 1988) baseada na desconfirmação das expectativas dos consumidores. Em defesa da sua tese, Parasuraman *et al.* (1994) asseguraram ser indispensável a avaliação dos *gaps* percepção-expectativa, na medida em que, permite identificar as dimensões que os consumidores mais valorizam, facilitando assim o direccionamento dos investimentos das empresas para iniciativas de melhoria de qualidade que acarretem maior retorno.

O facto do SERVQUAL se focar no processo de entrega de serviço, deixando de parte os resultados dessa prestação é também objeto de crítica (Babakus e Mangold, 1992). Embora os autores deste instrumento tenham incluído a qualidade funcional (processo) e técnica (resultado) no seu modelo conceptual de qualidade dos serviços (Parasuraman *et al.*, 1985), esta última não foi considerada nas dimensões do instrumento (Parasuraman *et al.*, 1988).

Apesar de existir alguma discussão em torno do SERVQUAL, este instrumento continua a ser considerado de grande utilidade, por muitos teóricos, na medição da qualidade dos serviços (Babakus e Mangold, 1992; Ladhari, 2009)

Ladhari (2009), assim como os próprios autores (Parasuraman *et al.*, 1994), recomenda que este instrumento não seja, no entanto, utilizado tal como idealizado pelos seus autores em todas as circunstâncias, deverá ser adaptado a cada indústria específica e a cada contexto de estudo.

2.3.2.2 Modelo de Cronin e Taylor (1992) - SERVPERF

A escala SERVPERF foi criada como uma escala alternativa ao SERVQUAL. Neste modelo, a conceptualização da qualidade baseia-se apenas nas percepções da *performance* do serviço. Cronin e Taylor (1992) rejeitam a conceptualização da qualidade como sendo a diferença entre expectativa e a percepção, defendendo que a qualidade deve ser encarada e avaliada como uma atitude, ou seja, uma avaliação global do consumidor sobre o serviço que lhe foi prestado.

O instrumento desenvolvido por estes autores foi baseado nos itens e nas dimensões de qualidade utilizados Parasuraman e colegas (Parasuraman *et al.*, 1988; Parasuraman *et al.*, 1991b), sendo constituído por 22 itens, avaliados numa escala de *Likert* de 7 pontos (na qual 1 corresponde a *Discordo Totalmente* e 7 corresponde a *Concordo Totalmente*). Esta escala é aplicada num único momento temporal, após a experimentação do serviço pelos consumidores.

Quando se comparam os dois instrumentos, o SERVPERF apresenta maior validade e fiabilidade, sendo uma escala mais sensível às variações da qualidade (Cronin e Taylor, 1992).

2.3.3 Qualidade em Serviços de Saúde

Sendo a qualidade uma forte vantagem competitiva (Berry *et al.*, 1988), e considerando a intensa concorrência que começa a ser verificada em Portugal no mercado da saúde privada, a preocupação com o aperfeiçoamento dos serviços oferecidos é uma necessidade básica para qualquer organização.

Embora haja uma grande complexidade na avaliação e controlo da qualidade em qualquer tipo de serviço, em saúde esta dificuldade é ainda mais pronunciada.

É já um facto que a saúde acarreta dificuldades adicionais para a gestão das organizações, nomeadamente para o controlo de qualidade das mesmas. Partindo das particularidades já referidas, é conveniente relembrar algumas das características que vão influenciar a qualidade dos serviços de maneira mais intensa: intangibilidade, cocriação e grande intensidade de mão-de-obra.

A participação ativa do utente na própria prestação, o seu estado emocional e a intensidade de trabalho humano deste tipo de serviço potenciam uma variabilidade considerável na qualidade em saúde. A prestação do serviço vai ser distinta entre organizações, entre prestadores e, inclusivamente, distinta para um mesmo prestador em ocasiões diferentes. Qualquer trabalhador, por mais motivado que esteja, tem diferentes níveis de produtividade ao longo de um dia de trabalho, o que provocará diferenças de

qualidade no serviço que presta, mesmo quando prestado nas mesmas condições (Berry *et al.*, 1985).

O primeiro grande obstáculo no controlo de qualidade em saúde advém da *cocriação* do serviço pelos próprios consumidores. Nas palavras de Grönroos (2012), a cocriação de valor consiste no desenvolvimento de atividades em conjunto pelas partes envolvidas numa interação direta, com o objetivo de contribuir para o valor emergente de uma das partes, ou de todas.

A participação ativa dos consumidores na criação de valor, influencia os resultados e a qualidade final do serviço. Esta cocriação, também existente noutras indústrias de serviços, ocorre de forma muito explícita e intensa na saúde. A comunicação correta de informação médica do utente para o prestador determina o correto diagnóstico e tratamento pelo profissional de saúde, por exemplo. Assim, o resultado da prestação de serviços médicos está fortemente dependente da participação dos utentes. Para além da qualidade os utentes podem influenciar também a quantidade de produção (Bitner *et al.*, 1997; Grönroos, 1998; Cova *et al.*, 2011; Grönroos e Voima, 2013).

Devido à especificidade técnica do sector, a avaliação da qualidade real do serviço por um consumidor é extremamente difícil - senão praticamente impossível -, mesmo após a sua experimentação (Berry e Bendapudi, 2003). Embora a criação de valor durante a prestação de serviços de saúde também inclua elementos tangíveis, centra-se maioritariamente em elementos intangíveis, como os conhecimentos técnicos dos prestadores (Lovelock e Wirtz, 2004).

Tendo em conta que não há provas da qualidade dos serviços que lhes são prestados, os consumidores de saúde vão identificar, filtrar e organizar (consciente ou inconscientemente) todas as evidências que lhes permitam concluir sobre a competência, integridade e zelo dos profissionais. É a partir delas que formam uma perceção racional e emocional acerca da experiência que tiveram com o serviço. Tentam absorver tudo o que vêm e percebem na tentativa de decifrar tudo o que não conseguem ver nem perceber (Berry *et al.*, 1985; Berry e Bendapudi, 2003; Haeckel *et al.*, 2003).

Assim, as organizações não podem deixar estas evidências ao acaso, devendo geri-las cuidadosamente. Qualquer pormenor, por mais insignificante, é um pedaço de evidência e parte integral da imagem que o paciente vai construir do serviço (Berry e Bendapudi, 2003). Até a ausência de evidências serve de informação para os consumidores (Haeckel *et al.*, 2003). Uma das funções mais importantes e desafiadoras dos *marketers* em saúde é a transformação do valor invisível em valor que seja percecionado pelo paciente (Kotler *et al.*, 2008).

Atentando à extensão considerável de tempo que os consumidores passam nas instalações de uma organização prestadora de serviços de saúde e associando à impossibilidade de concluir acerca da qualidade real dessa mesma prestação, é extremamente difícil para o paciente separar as evidências físicas do serviço em si. Para além disso, existem dezenas de artigos que apontam a redução do stress como um fator estimulador da recuperação dos pacientes, pelo que um ambiente físico que contribua para essa redução, estará associado a melhores resultados médicos. Um espaço físico bem desenhado vai também influenciar positivamente os trabalhadores, que vão sofrer de menores níveis de stress físico e emocional. Esta melhoria no quotidiano dos profissionais vai estimular a qualidade no atendimento e reduzir a possibilidade de transmissão de sinais negativos para os utentes (Berry e Bendapudi, 2003).

Um dos melhores exemplos na gestão de evidências é a Clínica Mayo, uma organização sem fins lucrativos. Na opinião de Berry e Bendapudi (2003), a abordagem desta organização é explícita, apresentado aos consumidores provas claras, concretas e coerentes das suas capacidades, em todos os elementos que a compõem. A clínica transformou a organização em si numa publicidade “viva”. Após entrevistarem 1000 pessoas, entre pacientes e colaboradores, Berry e Bendapudi concluíram que a mensagem da Clínica Mayo estava a ser transmitida com sucesso, já que todos os pacientes referiam que as suas necessidades eram prioritárias face às necessidades dos médicos e dos processos administrativos. Através destas entrevistas perceberam que a mensagem era transmitida não só pela equipa médica, como também pelo pessoal administrativo, sendo transmitida inclusivamente para os próprios colaboradores, que se sentem realizados e com um sentido de missão. Em consequência, os pacientes são

extremamente leais, o *word-of-mouth* (WOM) é extremamente positivo e a clínica Mayo consegue manter-se como uma marca extremamente poderosa em saúde com uma publicidade muito reduzida (Berry e Bendapudi, 2003; Berry e Seltman, 2007)

Todas as empresas devem preocupar-se e questionar-se sobre a imagem que desejam transparecer para o seu mercado-alvo e, posteriormente, garantir que todo o seu capital humano e infraestruturas transmitam essa mesma imagem a todo e qualquer momento (Berry e Bendapudi, 2003). Uma gestão de evidências bem sucedida vai de encontro às expectativas dos consumidores, ou inclusivamente ultrapassa-as (Haeckel *et al.*, 2003).

3 ESTÁGIO CURRICULAR

Neste capítulo será apresentada a entidade de acolhimento onde se realizou o estágio curricular, assim como um breve resumo das atividades desenvolvidas. O estágio teve início a 16 de Novembro de 2015 e terminou a 16 de Abril de 2016, tendo uma duração total de 5 meses.

3.1 Apresentação da Entidade de Acolhimento

Fundada em 2011, a Clínica Privada de Guimarães (doravante denominado CPG) localiza-se no centro da cidade de Guimarães e é uma unidade privada de prestação de serviços de saúde. A CPG propõe-se a prestar um serviço de elevadíssima qualidade e excelência a toda a população. Com cerca de trinta especialidades, apresenta-se como a única unidade de saúde do Norte que responde de forma integrada nas áreas da Medicina Convencional e Alternativa.



Figura 1 - Logotipo da Entidade de Acolhimento

A sua missão é prestar cuidados de saúde de excelência potenciadores de bem-estar, oferecendo assistência médica especializada e integrada, em ambiente institucional, ambulatório, e domiciliário, promovendo a prevenção e educação, integrando Medicinas Convencionais e Alternativas. Tem como visão servir com excelência todo o concelho de Guimarães e restante baixo Minho, tornando-se a referência em Serviços de Saúde privados e bem-estar. Assim como, aplicar todo o know-how de uma equipa pautada por qualidade ao serviço de todos os cidadãos. Os valores que orientam as suas práticas são a confiança, a dedicação ao cliente, o elevado sentido ético, o rigor e a responsabilidade, a valorização pessoal e o espírito de equipa.

Para além das especialidades médicas mais convencionais – como Dermatologia, Neurologia, Psiquiatria, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Medicina Dentária, Endocrinologia, Cardiologia, Imunoalergologia, Pedopsiquiatria, Oncologia, Podologia, Pediatria, Oftalmologia, Medicina Geral, Urologia, Pneumologia e Ginecologia –, são também disponibilizados serviços de Enfermagem, Análises Clínicas, Psicologia, Terapia da Fala, Nutrição, Testes de Intolerância Alimentar, Laserterapia, Psicomotricidade e Medicina do Trabalho. Já a vertente de medicina alternativa inclui sessões de Acupuntura, Osteopatia, Homeopatia e *Shiatsu*.

A CPG agrupa parte da sua atividade clínica em duas unidades especializadas:

- Unidade Especializada em Endocrinologia e Nutrição Clínica, que agrupa Endocrinologia, Nutrição e os Testes de Intolerância Alimentar.
- Unidade Especializada em Neurociências, que agrupa Neurologia, Psicologia e Psiquiatria.

O objetivo destas unidades especializadas é a promoção da cooperação entre profissionais de diferentes áreas de especialidade, fomentando o trabalho em equipa e o alcance de melhores resultados em saúde e maior satisfação para os utentes. Este trabalho interdisciplinar pretende oferecer um serviço de maior qualidade à população.

3.2 Funções Desempenhadas

Durante o período do estágio foi possível constatar que a estratégia da entidade de acolhimento está assente principalmente na preocupação com a qualidade dos serviços que oferece. Nesse sentido, há um claro esforço por parte da gestão em reunir uma equipa de profissionais qualificados e de referência em cada uma das respetivas áreas de especialização.

O estágio permitiu um acompanhamento e uma contribuição em diferentes tarefas, o que se revelou uma mais valia como futura profissional de gestão em serviços de saúde. Foram realizadas tarefas como a elaboração de um contrato base de prestação de serviços e o levantamento de toda a legislação referente à abertura, licenciamento,

organização e funcionamento de Unidades Privadas de Serviços de Saúde, com a elaboração um documento único onde constava o regime jurídico de cada tipologia contida na Entidade de Acolhimento. Foi feito também um levantamento da oferta privada a nível de prestação de serviços de saúde no conselho de Guimarães e também da oferta, quer privada quer pública, de alguns serviços específicos.

A elaboração do contrato base de prestação de serviços foi talvez das tarefas mais desafiantes. Obrigou não só a uma compreensão das características base de um contrato deste tipo, como também forçou um raciocínio mais prospetivo em relação a possíveis cenários que possam ocorrer entre o profissional de saúde e a entidade patronal para a qual presta serviços. Na contratualização da prestação de serviços, ao contrário do que acontece em contratos de trabalho, não existe subordinação jurídica, no sentido em que o trabalhador apenas se obriga a proporcionar a outrem o resultado do seu trabalho, sendo independente para organizar e tomar as estratégias que entender necessárias para a prossecução do mesmo (Reis e Ravara, 2013). Foi possível perceber a importância da elaboração e acompanhamento direto deste tipo de tarefa por parte da própria organização contratadora.

3.3 Questão Central do Estágio

Quando se trata de serviços de saúde, a qualidade técnica não é apenas um meio de satisfação para os utentes, devendo ser encarada, como um dever moral e social por todas as entidades prestadoras, independentemente dos utentes estarem, ou não, conscientes dela. É óbvio, no entanto, que para as entidades prestadoras seja muito importante que a qualidade dos seus serviços seja percebida e claramente transmitida aos seus utentes. Uma medição precisa da perceção da qualidade do serviço é indispensável em todo o tipo de organizações, inclusivamente para a saúde (Woodside *et al.*, 1989). Todas as empresas têm como finalidade a obtenção de lucro, independentemente da sua área de ação. As empresas privadas de saúde não são diferentes, tendo uma necessidade de se diferenciarem num contexto cada vez mais competitivo.

Será que a preocupação da CPG com a qualidade dos seus serviços está a ser transmitida com sucesso para os utentes? Tendo em conta as particularidades dos serviços de saúde que tornam quase impossível a avaliação da qualidade pela maioria dos consumidores, quais os fatores em que estes se baseiam para concluir acerca dessa mesma qualidade?

Tendo em conta a enorme preocupação da CPG em se diferenciar pela sua oferta de serviços de alta qualidade, dar resposta a estas perguntas torna-se absolutamente essencial para a instituição. Além disso, a definição das dimensões de qualidade que determinam a avaliação de qualidade feita pelos consumidores de saúde e os seus comportamentos, é uma informação valiosa para qualquer prestador de saúde.

A questão central do estágio à qual se tentará dar resposta é: Qual a perceção dos utentes da Clínica Privada de Guimarães da qualidade dos serviços que esta oferece?

Assim, tentar-se-á perceber se a mensagem de qualidade que a CPG tenta transmitir está a ser recebida com sucesso, ou não, pelos utentes e quais as estratégias ou medidas que esta entidade pode adotar para a obtenção de melhores resultados. Este trabalho permitirá responder a esta e outras perguntas, como: quais as dimensões nas quais a qualidade percebida dos serviços da CPG é avaliada pelos utilizadores? Será que as características demográficas dos utilizadores influenciam as perceções da qualidade que fazem dos serviços? Estará a CPG a desiludir os seus pacientes em algum atributo do serviço que oferece?

Novos investimentos podem ser realizados com vista à melhoria da qualidade dos serviços, como por exemplo, melhorias nas infraestruturas, melhor formação dos recursos humanos, inclusão de novas pistas tangíveis, aumento da gama de serviços oferecidos, e também com vista ao *upgrade* de serviços pré-existentes.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo serão apresentados os objetivos deste estudo, assim como o processo de desenvolvimento do instrumento utilizado na avaliação dos serviços da unidade de saúde. Serão também expostas as hipóteses que serão testadas e descrita a amostragem utilizada.

4.1 Objetivos

O objetivo geral deste trabalho é avaliar a qualidade dos serviços de saúde prestados pela Clínica Privada de Guimarães, na perspetiva dos seus utilizadores. Pretende-se assim responder à questão central colocada no estágio curricular realizado, sugerindo medidas para melhoria da qualidade dos serviços da Clínica Privada de Guimarães

Para além deste objetivo principal acrescem outros, como: Validar as dimensões de qualidade dos serviços de saúde propostas; Perceber se a qualidade percebida dos serviços influencia as intenções comportamentais dos utilizadores, nomeadamente a intenção de recorrer à mesma clínica em caso de necessidade, a intenção de recomendar a clínica a familiares e amigos e a intenção de recorrer a outras clínicas no futuro; Perceber se a avaliação da Qualidade percebida do serviço varia consoante o género, a idade, a escolaridade, o tempo de relação com a Clínica e a Especialidade ou Serviço utilizado pelos utilizadores. Desta forma, pretende-se também dar um contributo para a literatura relativa à avaliação da qualidade de serviços de saúde em Portugal.

4.2 Desenvolvimento da Escala

4.2.1 Enquadramento Conceptual

Após uma revisão teórica aos modelos de avaliação da qualidade, constata-se que a qualidade do serviço é um constructo de difícil definição em qualquer sector e a saúde não é exceção.

Ao nos focarmos na literatura da qualidade dos serviços de saúde, verifica-se uma grande oferta de contextos conceptuais oferecidos e, apesar de não existir um consenso na conceptualização da qualidade dos serviços de saúde, grande parte dos investigadores consideram-no um constructo multidimensional. Existem modelos que consideram entre duas a dez dimensões de qualidade, sendo uma questão bastante debatida pelos investigadores.

Outro aspeto não consensual entre os investigadores é a utilidade da medição das expectativas nestes instrumentos, havendo uma comparação contínua entre a medição única das perceções (modelos baseados no SERVPERF) (Duggirala *et al.*, 2008; Murti *et al.*, 2013) e a medição das perceções e expectativas (modelos baseados no SERVQUAL), com consequente quantificação dos *gaps* resultantes (Babakus e Mangold, 1992; Anderson, 1995; Butler *et al.*, 1996; Lam, 1997; Angelopoulou *et al.*, 1998; Fuentes, 1999; Lim e Tang, 2000; Jabnoun e Chaker, 2003; Kilbourne *et al.*, 2004; Kara *et al.*, 2005; Lee, 2005; Mostafa, 2005; Arasli *et al.*, 2008; Bakar *et al.*, 2008; Elleuch, 2008; Karassavidou *et al.*, 2009; Raposo *et al.*, 2009). Enquanto uns defendem que as expectativas não acrescem à informação que é retirada pelas perceções, outros afirmam que a medição dos *gaps* permite identificar mais facilmente falhas do serviço.

Para Jung *et al.* (2009) os determinantes da qualidade do serviço são: Pessoal Médico, Razoabilidade do Pagamento, Conforto e Acessibilidade. Em 2008, Duggirala e colegas basearam-se nos itens do SERVQUAL e na estrutura do SERVPERF para desenvolverem o modelo TQS (*Total Quality Service*), do qual resultaram 7 dimensões de qualidade após a sua aplicação a pacientes com alta recente de um hospital: Infraestruturas, Qualidade do Pessoal, Processo do Cuidado Clínico, Procedimentos Administrativos, Indicadores de Segurança, Experiência Total dos cuidados médicos recebidos e Responsabilidade Social (Duggirala *et al.*, 2008).

Mais recentemente, Murti *et al.* (2013) apresentou uma estrutura de 8 dimensões, incluindo Tangíveis, Confiabilidade, Capacidade de Resposta, Segurança, Empatia, Medidas de Segurança, Gestão da Qualidade Médica e Processo de Alta Médica.

Foram também desenvolvidos outros modelos, mais adaptados e direcionados para a saúde e, especificamente, para serviços de saúde públicos e privados, como são exemplos o PubHosQual de Aagja e Garg (2010) e o PRIVHEALTHQUAL de (Ramsaran-Fowdar, 2008). Ambos os modelos criticam fortemente a aplicação do SERVQUAL em contexto de saúde, considerando-se modelos com maior validade e fiabilidade. O PubHosQual mede expectativas e perceções, avaliando o serviço de um hospital público através dos *gaps* resultantes de cada dimensão (Admissão, Serviços Médicos, Alta Médica, Serviço Total e Serviço Social). Já o PRIVHEALTHQUAL avalia a qualidade do serviço apenas através das perceções dos pacientes, tendo obtido sete dimensões finais: Tangibilidade/Imagem, Confiabilidade/Tratamento Justo e Equitativo, Capacidade de Resposta, Segurança/Empatia, Serviços Médicos Centrais/Profissionalismo/Habilidade/Competência, Equipamentos e Registos e Disseminação de informação.

Uma comparação entre os estudos encontrados permite verificar que embora exista uma enormidade de modelos conceptuais que têm em conta diferentes conjuntos dimensões, nos instrumentos utilizados são encontrados itens referentes a um conjunto de atributos muito semelhantes entre todos: aspetos tangíveis e imagem dos serviços (infraestruturas, aspeto do pessoal de atendimento e do pessoal médico, ambiente, limpeza, conforto, equipamento moderno, ...), capacidade de resposta (tempo de espera, respeito pelo horário marcado, dificuldade na marcação de consultas, rapidez de marcação de exames, ...), empatia (relação com o prestador, simpatia dos colaboradores, atenção individualizada, vontade em ajudar, ...), competência/segurança (aspetos centrais do serviço médico, qualidade técnica percebida do profissional de saúde, resultado obtido, ...).

Tendo em conta que a estrutura dimensional dos estudos analisados é tão diversa, torna-se sensato confirmar a estrutura do constructo de qualidade para cada contexto específico de aplicação dos instrumentos, não havendo ainda uma estrutura fixa definida para todos os contextos. Para Dagger *et al.* (2007), a avaliação da qualidade do serviço é dependente do contexto, havendo escassez de estudos que levem isso em conta.

Posto isto, e com base na análise de literatura decidiu-se propor um modelo conceptual, de elaboração própria, que reunisse as quatro principais dimensões de qualidade encontradas na literatura. Foi adicionada também a relação entre Qualidade do serviço e intenções comportamentais e as expectativas como influenciadoras da percepção dos consumidores. Depois de desenvolvido, o modelo foi revisto e aprovado pela equipa de gestão da clínica.

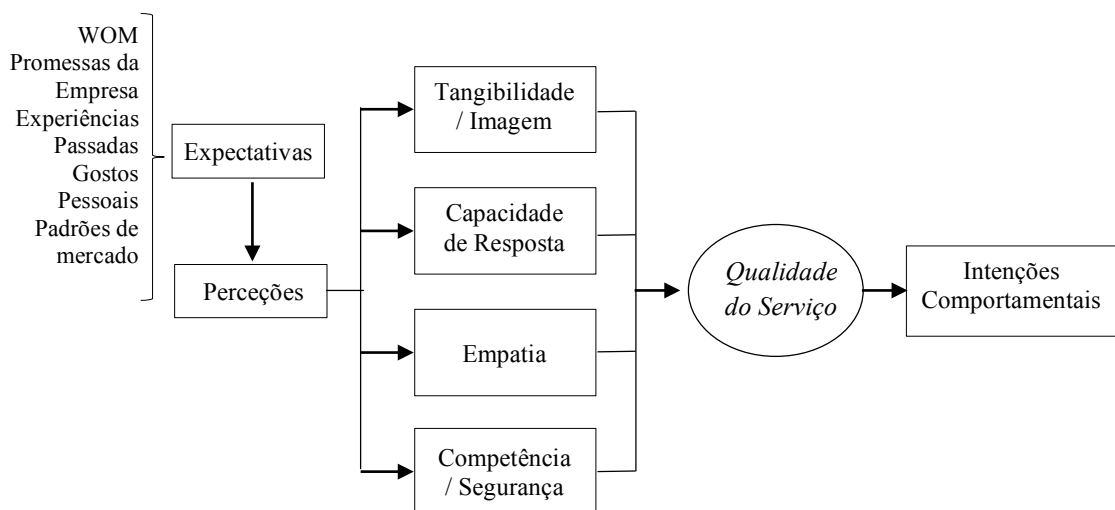


Figura 2 – Modelo Proposto de Qualidade de Serviços de Saúde

As dimensões da qualidade propostas foram adaptadas nos modelos de Ramsaran-Fowdar (2008), Parasuraman *et al.* (1988) e Dagger *et al.* (2007):

- **Tangibilidade/Imagem.** Aparência das instalações físicas e dos diferentes profissionais; imagem e modernidade dos equipamentos utilizados e registos corretos e precisos do historial médico dos pacientes. Localização das instalações.
- **Capacidade de Resposta.** Capacidade e disposição em ajudar os utilizadores; capacidade de fornecer serviços prontamente; serviços administrativos eficientes.

- **Empatia.** Cortesia demonstrada pelos profissionais; cuidado/atenção individualizada prestada aos pacientes; relação interpessoal e comunicação desenvolvidas com o paciente.
- **Competência/Segurança.** Aspetos do serviço médico em si; adequação, profissionalismo, efetividade e resultados/benefícios para os utilizadores; conhecimento, especialização técnica e experiência. Capacidade do médico e restante staff inspirar confiança e segurança.

Lealdade do consumidor, recomendação do serviço e comportamentos de recompra, são componentes principais nas intenções comportamentais positivas dos consumidores. Segundo os achados por investigações anteriores, a qualidade dos serviços leva a intenções comportamentais positivas (Zeithaml *et al.*, 1996). Intenções comportamentais positivas estão também intimamente ligadas com a retenção e/ou diminuição do abandono dos consumidores, aumentando a possibilidade das empresas de gerar lucro (Murti *et al.*, 2013). Tendo em conta a importância das intenções comportamentais positivas para o sucesso das organizações, decidiu-se incluí-las também no modelo proposto.

4.2.2 Construção do Instrumento

De modo a recolher a informação necessária, resolveu-se desenvolver e aplicar um inquérito, na forma de questionário autoadministrado. Os inquéritos são instrumentos de recolha de informação válida, a partir das respostas individuais a um conjunto de questões por um determinado grupo de respondentes que, quando representativo, pode permitir a generalização de conclusões para uma população (Thayer-Hart *et al.*, 2010).

Um questionário deve ser planeado cuidadosamente, pensando em todos os passos do início ao fim do processo antes de se dar início à recolha de dados em si. Segundo Ghiglione e Matalon (2005), antes da aplicação de um inquérito devemos definir a população-alvo que se pretende inquirir, saber exatamente o que procuramos e as informações que desejamos obter, os objetivos a atingir e o modo como vai ser aplicado. Só depois de um planeamento pormenorizado se deve desenvolver o

instrumento de medição em si, o questionário. Finalmente, procede-se à recolha de dados necessários para a concretização dos objetivos propostos.

Easterby-Smith et al. (2002, p. 134), citado por Pai e Chary (2013), atestam que é possível retirar apenas alguns itens ou pequenas porções de questionários de outras fontes, especialmente quando já existe muita investigação de base para os conceitos a investigar. Para Pai e Chary (2013) o conceito de qualidade nos serviços de saúde já foi explorado o suficiente para que se possa utilizar um questionário válido de base, acrescentando porções de outros questionários consoante as necessidades e objetivos dos investigadores.

Assim, foram utilizados três instrumentos base a partir dos quais se adaptaram os itens do questionário desenvolvido para esta investigação: SERVQUAL de Parasuraman *et al.* (1988), PRIVHEALTHQUAL de Ramsaran-Fowdar (2008) e o modelo de Dagger *et al.* (2007).

Para cada uma das dimensões de qualidade foram reunidos cerca de 10 itens - adaptados de Parasuraman *et al.* (1988) e Ramsaran-Fowdar (2008) -, e foram adicionados mais 3 itens referentes às intenções comportamentais - adaptados de Dagger *et al.* (2007) -, num total de 47 itens. Este conjunto de itens foi depois sujeito a uma análise da equipa de gestão da Clínica Privada de Guimarães, da qual resultou um conjunto de 20 itens de avaliação da qualidade do serviço (na qual são avaliadas as expectativas e percepções dos consumidores), e 3 itens das intenções comportamentais.

Irá ser utilizada a diferença de pontuações entre percepções e expectativas para cada item e para todo o conjunto de itens do questionário, para uma análise puramente descritiva, tendo em conta de que são mais adequados quando o objetivo é o de identificar falhas na qualidade dos serviços que, efetivamente, provoquem desilusão nos pacientes (Zeithaml *et al.*, 1996). No entanto, para a análise de dimensionalidade do modelo, e para a análise de relações entre variáveis, serão utilizadas apenas as percepções tal como no modelo de Cronin e Taylor (1992), o SERVPERF.

Tendo em conta que a qualidade dos dados depende diretamente da qualidade dos instrumentos utilizados para a sua recolha, há cuidados cruciais na construção de um questionário e na formulação das questões que devem ser tidos em conta. Assim, aquando da sua tradução e adaptação foi feito um controlo no que toca à linguagem utilizada e à construção dos itens. Embora alguns autores defendam que num questionário se devem incluir afirmações com conotação positiva e negativa (Ghiglione e Matalon, 2005), outros defendem que este mix é causador de confusão e frustração nos respondentes (Parasuraman *et al.*, 1991b; Babakus e Mangold, 1992). De modo a evitar esta situação, todos os itens foram escritos com conotação positiva, tornando a sua interpretação mais simples e livre de dúvida. Foi feito também um esforço no sentido de desenvolver itens com uma linguagem simples, objetiva e neutra, tentando assim evitar ambiguidades, indefinições ou indução da resposta.

Os itens foram colocados no questionário de forma aleatória num formato de duas colunas alinhadas lado a lado: uma coluna para a avaliação das expectativas em relação ao serviço e outra coluna para a avaliação das perceções. Para a avaliação de todos os itens, utilizou-se uma escala *Likert* de 5 pontos, incluindo os 3 relacionados com as intenções comportamentais. Na opinião de Hill e Hill (2012), 5 opções de resposta são geralmente suficientes, não sendo recomendada a utilização de um número superior em perguntas que solicitem opinião, atitudes e satisfação. A escolha do número de respostas teve também em conta as características da população onde o questionário iria ser aplicado. Sendo a população-alvo muito variada, abrangendo vários níveis de literacia e elementos de todas as faixas etárias, achou-se mais vantajoso uma escala de respostas com 5 elementos, simplificando o processo de resposta para os utentes. Embora uma escala menor de respostas cause uma redução na precisão dos resultados, pode potencialmente aumentar a taxa de respostas e a qualidade das mesmas (Babakus e Mangold, 1992). A escolha de um número ímpar de respostas poderia acarretar algumas limitações na recolha dos dados, caso as perguntas fossem referentes a temáticas algo sensíveis. No caso de um questionário anónimo, que não contenha itens de índole sensível, é geralmente mais vantajoso utilizar um número ímpar de respostas, dando

uma opção de resposta neutra aos respondentes (Hill e Hill, 2012). Todas as afirmações da Parte II e III do questionário foram avaliadas numa escala ordinal.

Procedeu-se posteriormente ao desenvolvimento das questões relativas às características sociodemográficas da amostra. A primeira questão é relativa ao género do respondente, a segunda à idade, a terceira ao nível de escolaridade do mesmo, a quarta refere-se à duração da relação do respondente com a Clínica Privada de Guimarães e a quinta pergunta à especialidade ou serviço mais frequentado pelo mesmo. À exceção da questão relativa à idade (questão 2), que é de resposta aberta, todas as questões são de resposta fechada. As respostas às perguntas 1 e 5 são dadas em escalas nominais, enquanto que as respostas à pergunta 3 e 4 são dadas em escala ordinal.

Para a recolha de dados optou-se por um inquérito, por questionário autoadministrado, sendo considerada a técnica mais adequada para o estudo em questão. Fez-se um pré-teste (*vide* Anexo I – Inquérito de Pré-Teste) a um grupo de 14 pessoas com o objetivo de apurar itens mal formulados, ambiguidades, tempo médio de resposta, entre outros. As alterações necessárias foram feitas, obtendo-se assim a versão final do questionário a aplicar (*vide* Anexo II - Inquérito Aplicado). O inquérito é dividido em 3 partes: a primeira parte é referente aos dados sociodemográficos dos respondentes, ao tempo de relação dos mesmos com a clínica e às especialidades ou serviços por eles utilizados; a segunda sobre as suas intenções comportamentais; e a terceira parte consiste na avaliação das expectativas e perceções dos inquiridos em relação a um conjunto de 20 itens. Este questionário foi novamente sujeito à aprovação da gestão da Clínica Privada de Guimarães. Após a aprovação final, o inquérito foi disponibilizado aos utentes.

4.3 Hipóteses do Estudo

Pelo enquadramento conceptual realizado admitem-se as seguintes hipóteses:

H1: As dimensões Tangibilidade/Imagem, Capacidade de Resposta, Empatia e Competência/Segurança constituem as variáveis que medem a Qualidade percebida do serviço da clínica.

H2: A Qualidade percebida do serviço e a as suas dimensões influenciam positivamente as Intenções Comportamentais.

H3: Existem diferenças significativas na Qualidade percebida do serviço consoante:

H3a: o género dos pacientes.

H3b: a idade dos pacientes.

H3c: a escolaridade dos pacientes.

H3d: o tempo de relação dos pacientes com a clínica.

4.4 Amostragem

Nas palavras de Ghiglione e Matalon (2005), a recolha de informações da totalidade de uma população em estudo é longa, dispendiosa e, na maioria dos casos, inútil. Segundo estes autores, as informações e conclusões obtidas de um número restrito de elementos, desde que bem escolhidos, serão as mesmas que retiráramos da totalidade da população, com uma margem de erro calculável. É, portanto, necessário escolher uma amostra de indivíduos que seja representativa da população-alvo.

O questionário foi distribuído num período de 8 semanas, tendo sido recolhidos 113 questionários, dos quais 21 se encontravam totalmente inviáveis para estudo. Assim, a amostra é composta por 92 utilizadores dos serviços da Clínica Privada de Guimarães (n=92). Foram elegíveis todos os inquiridos que já tivessem experimentado os serviços da CPG pelo menos uma vez. A amostra foi recolhida por método não aleatório por conveniência.

Para que uma amostra seja representativa é necessário que todos os membros da população tenham a mesma probabilidade de fazer parte da amostra (Hill e Hill, 2012). Esta condição, no sentido restrito, é muito difícil de se verificar. O facto de os questionários terem sido recolhidos num período de tempo limitado não oferece a mesma probabilidade a todos os utentes de o preencherem. Para além disso, a própria

recusa de alguns membros da população-alvo em preenchê-lo é causadora de enviesamento da amostra (Ghiglione e Matalon, 2005).

Embora as técnicas de amostragem não casuais, ou não probabilísticas, não garantam a representatividade da amostra recolhida, há uma grande probabilidade dessa amostra obtida ser bastante aceitável. Estas técnicas são muito úteis e largamente utilizadas em situações em que não é possível a utilização de amostras probabilísticas (Bacelar, 1999).

A distribuição dos questionários em papel limita um pouco a velocidade da recolha de dados, no entanto é considerada mais vantajosa na medida em que, foi possível atingir um leque mais variado de utentes, no que toca às características sociodemográficas. A distribuição via correio eletrónico, poderia comprometer a recolha de dados dos utentes com idades mais avançadas, cujo acesso à internet e/ou um correio eletrónico nem sempre é possível (Hill e Hill, 2012).

Optou-se também pela distribuição feita pelo pessoal de atendimento para que não fosse alterada a dinâmica de relação a que os pacientes estão habituados. O objetivo era que houvesse o mínimo de interferência possível de fatores externos e distintos que pudessem, de alguma forma, enviesar os dados recolhidos.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos após as análises estatísticas realizadas recorrendo ao programa IBM SPSS® *Statistics*, versão 24 (*Software Estatistical Package for the Social Science*).

Em primeiro lugar, executou-se uma recodificação da variável Idade da amostra de modo a torná-la mais homogênea e, desta forma facilitar a análise dos dados. Foi recodificada em cinco faixas etárias: até aos 25 anos, de 26 a 35 anos, de 36 a 45 anos, de 46 a 60 anos e mais de 60 anos.

Após a recodificação executou-se a uma caracterização da amostra estudada por género, idade, escolaridade e tempo de relação com a clínica. De seguida, fez-se uma análise descritiva das principais variáveis utilizadas no estudo (Intenções Comportamentais, Expectativas e Perceções), assim como dos *gaps* resultantes entre perceção e expectativa de cada um dos itens avaliados e o *gap* total da amostra. Posteriormente, foi verificada e corrigida a composição das dimensões propostas através de análises fatoriais, assim como analisada a consistência interna da escala.

Para testar as hipóteses colocadas, utilizou-se uma análise fatorial para H1, uma regressão linear para H2 e testes paramétricos para as restantes (H3a, H3b, H3c e H3d). Para Pestana e Gageiro (2014) quando $n > 30$ os testes de normalidade são dispensados, podendo ser utilizados os testes paramétricos. Em amostras desta dimensão, os dados tendem para a normalidade, logo a violação do pressuposto de normalidade não deverá causar alterações nos resultados obtidos (Elliott e Woodward, 2007).

5.1 Caracterização da Amostra

A amostra é composta por 92 utilizadores da Clínica Privada de Guimarães, 63% dos quais são do sexo feminino (58 indivíduos) e 37% do género masculino (34 indivíduos). As idades dos indivíduos estão compreendidas entre os 16 e os 79 anos, numa média de

37,86 anos de idade. A distribuição da amostra pelas faixas etária pode ser observada na Tabela 2.

Em relação à escolaridade dos inquiridos, verifica-se que mais de metade tem habilitações até ao ensino secundário (53,8%), no entanto é de ressaltar a presença de uma grande percentagem de inquiridos com ensino superior (45,6%), consistindo em 31,5% de licenciados e 14,1% de inquiridos com mestrado.

É também de ressaltar que 14,1% dos inquiridos estavam na sua primeira visita e 34,8% são pacientes há menos de 6 meses. Isto significa que metade da amostra é composta por utilizadores recentes da clínica. Dos restantes, 22,8% são pacientes há mais de 6 meses, mas há menos de 1 ano e apenas 26,1% dos inquiridos são pacientes há mais de um ano.

Tabela 2 – Distribuição da amostra por Género, Faixa Etária, Escolaridade, Tempo de Relação e Especialidade ou Serviço frequentado

		Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
Género				
Válido	Feminino	58	63,0	63,0
	Masculino	34	37,0	100,0
	Total	92	100,0	
Faixa Etária				
Válido	até aos 25 anos	18	19,6	19,8
	de 26 a 35 anos	28	30,4	50,5
	de 36 a 45 anos	22	23,9	74,7
	de 46 a 60 anos	16	17,4	92,3
	mais de 60 anos	7	7,6	100,0
	Total	91	98,9	
Omisso	Sistema	1	1,1	
Total		92	100,0	
Escolaridade				
Válido	1º Ciclo	5	5,4	5,5
	2º Ciclo	5	5,4	11,0
	3º Ciclo	11	12,0	23,1
	Secundário	28	30,4	53,8
	Licenciatura	29	31,5	85,7
	Mestrado	13	14,1	100,0
	Total	91	98,9	
Omisso	Sistema	1	1,1	
Total		92	100,0	

Relação				
Válido	Primeira Visita	13	14,1	14,4
	menos de 6 meses	32	34,8	50,0
	6 meses a 1 ano	21	22,8	73,3
	mais de 1 ano	24	26,1	100,0
	Total	90	97,8	
Omisso	Sistema	2	2,2	
Total		92	100,0	
Especialidade ou Serviço				
Válido	Análises Clínicas	3	3,3	3,4
	Acupuntura	3	3,3	6,9
	Cardiologia	1	1,1	8,0
	Dermatologia	2	2,2	10,3
	Ginecologia	4	4,3	14,9
	Homeopatia	1	1,1	16,1
	Imunoalergologia	1	1,1	17,2
	Medicina Dentária	8	8,7	26,4
	Medicina do Trabalho	6	6,5	33,3
	Neurologia	4	4,3	37,9
	Nutrição	18	19,6	58,6
	Oftalmologia	5	5,4	64,4
	Ortopedia	1	1,1	65,5
	Pediatria	5	5,4	71,3
	Pneumologia	1	1,1	72,4
	Psicologia	14	15,2	88,5
	Psiquiatria	8	8,7	97,7
	Terapia da Fala	1	1,1	98,9
	Urologia	1	1,1	100,0
	Total	87	94,6	
Omisso	Sistema	5	5,4	
Total		92	100,0	

A alta percentagem de primeiras visitas pode ser explicada pelo *timing* de recolha dos dados. Durante os meses de verão, o número de consultas de Medicina de Trabalho aumenta, provocando um aumento do número de consultas com novos pacientes. É de salientar a importância que a avaliação da qualidade destes indivíduos, já que constituem uma fonte de possíveis novos pacientes.

Na amostra recolhida podemos verificar que as especialidades com maior expressividade foram a Nutrição (19,6%), a Psicologia (15,2%), Psiquiatria (8,7%) e Medicina Dentária (8,7%).

5.2 Análise Descritiva das Variáveis

Após a caracterização da amostra (por género, idade, escolaridade, tempo de relação e especialidade ou serviço frequentado), analisam-se as médias e o desvios-padrão das respostas obtidas, assim como, as médias e desvios-padrão dos *gaps* resultantes de cada item e do *gap* resultante da diferença entre perceções e expectativas de todos os itens (vide Tabela 3).

Tendo em conta a escala utilizada nas respostas – escala de *Likert* de 5 pontos, em que 1- Discordo Totalmente e 5- Concordo Totalmente –, valores mais elevados da média das expectativas e perceções dos indivíduos, em cada item, estão associados a níveis mais elevados de qualidade esperada e percebida, respetivamente.

Tabela 3 – Estatísticas Descritivas principais variáveis em estudo e respetivos *gaps*

Dimensão/Variável	EXP			PER			item			total		
	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s
Tangibilidade/Imagem										92	0,23	0,576
As instalações físicas da clínica são confortáveis e visualmente atrativas (sala de espera, cadeiras, mesas, snacks, ...).	91	4,00	0,730	91	4,25	0,724	91	0,253	0,811			
A localização da clínica é conveniente.	89	4,30	0,884	89	4,49	0,771	89	0,191	0,672			
São mantidos registos corretos e precisos do meu historial médico.	92	4,11	0,907	92	4,29	0,871	92	0,185	0,740			
O equipamento médico é moderno e de qualidade.	91	4,04	0,759	92	4,42	0,633	91	0,374	0,740			
Todos os profissionais (médicos, pessoal de atendimento, ...) têm uma imagem cuidada e limpa.	92	4,50	0,671	92	4,77	0,494	92	0,272	0,743			
Capacidade de Resposta										91	0,066	1,009
Consigo contactar rapidamente a Clínica Privada de Guimarães (por telefone, e-mail, ...) sempre que preciso.	91	4,29	0,764	91	4,38	0,757	91	0,099	0,716			
Se entro em contacto com os serviços da Clínica Privada de Guimarães, com algum problema ou dúvida, ajudam-me de forma rápida.	92	4,10	0,852	92	4,30	0,808	92	0,207	0,908			
Consigo marcar consulta num horário conveniente para mim.	91	4,19	0,855	91	4,25	1,018	91	0,066	1,009			

Os médicos respondem prontamente às minhas dúvidas e preocupações.	92	4,27	0,800	92	4,59	0,744	92	0,315	0,948			
O horário marcado das consultas é respeitado, não havendo atrasos.	92	3,91	0,873	90	3,81	1,121	90	-0,078	1,343			
Empatia												
Todos os profissionais da clínica são bem-educados e amigáveis.	92	4,39	0,811	92	4,68	0,678	92	0,294	0,944			
O(a) médico(a) ouve-me com atenção.	92	4,38	0,739	92	4,65	0,670	92	0,272	0,728			
Os médicos preocupam-se em me informar e consciencializar sobre os meus problemas de saúde e as opções de tratamento.	92	4,36	0,750	92	4,60	0,712	92	0,239	0,894			
Tanto o(a) médico(a) como os funcionários da clínica sabem quem eu sou.	91	3,75	1,198	91	4,08	1,147	91	0,330	0,955			
Competência/Segurança												
Confio no(a) meu/minha médico(a).	92	4,30	0,795	92	4,50	0,858	92	0,196	0,917			
O pessoal de atendimento é competente, inspirando-me confiança e segurança.	92	4,18	0,838	92	4,51	0,763	92	0,326	0,951			
Os médicos fazem-me sentir seguro(a) e relaxado(a) durante as consultas.	91	4,13	0,833	92	4,58	0,699	91	0,440	0,872			
Os médicos são tecnicamente competentes, bem informados e experientes.	92	4,37	0,794	92	4,66	0,651	92	0,294	0,859			
Quando necessário, os médicos referem os pacientes para outros especialistas.	89	3,79	0,898	89	4,01	0,923	89	0,225	0,670			
Depois da(s) minha(s) consulta(s), senti que o meu problema foi resolvido.	91	4,18	0,825	92	4,34	0,855	91	0,154	0,855			
Intenções Comportamentais												
Caso necessário, vou continuar a recorrer à Clínica Privada de Guimarães.	-	-	-	92	4,45	0,803	-	-	-			
Vou elogiar a Clínica Privada de Guimarães a familiares e amigos.	-	-	-	91	4,33	0,883	-	-	-	-	-	-
Não tenho intenção de mudar de clínica no futuro.	-	-	-	91	4,34	0,859	-	-	-			

Numa primeira análise verifica-se que as médias dos itens associados às Intenções Comportamentais são todas superiores a 4, o que demonstra uma intenção alta da

generalidade dos utilizadores, em média, a: retornar à clínica numa próxima necessidade, em elogiar os seus serviços a familiares e amigos e em não mudar de clínica no futuro.

Da análise dos dados apresentados, importa destacar os itens com média mais baixa nas expectativas: “O horário marcado das consultas é respeitado, não havendo atrasos” ($\bar{x}=3,91$), “Quando necessário, os médicos referem os pacientes para outros especialistas” ($\bar{x}=3,79$) e “Tanto o(a) médico(a) como os funcionários da clínica sabem quem eu sou” ($\bar{x}=3,75$), itens pertencentes às dimensões de Capacidade de Resposta, Competência/Segurança e Empatia, respetivamente. Os itens com média mais alta em relação às expectativas foram: “Todos os profissionais (médicos, pessoal de atendimento, ...) têm uma imagem cuidada e limpa” ($\bar{x}=4,50$), “Todos os profissionais da clínica são bem-educados e amigáveis” ($\bar{x}=4,39$) e “O(a) médico(a) ouve-me com atenção” ($x=4,38$), sendo o primeiro referente à dimensão Tangibilidade/Imagem e os restantes à Empatia.

Em relação à média das perceções dos utilizadores da clínica, os itens que apresentaram valores mais baixos foram: “O horário marcado das consultas é respeitado, não havendo atrasos” ($\bar{x}=3,81$), “Quando necessário, os médicos referem os pacientes para outros especialistas” ($\bar{x}=4,01$) e “Tanto o(a) médico(a) como os funcionários da clínica sabem quem eu sou” ($\bar{x}=4,08$), referentes às dimensões Capacidade de Resposta, Competência/Segurança e Empatia, respetivamente. Os itens com média mais elevada foram: “Todos os profissionais (médicos, pessoal de atendimento, ...) têm uma imagem cuidada e limpa” ($\bar{x}=4,77$), “Todos os profissionais da clínica são bem-educados e amigáveis” ($\bar{x}=4,68$), e “Os médicos são tecnicamente competentes, bem informados e experientes” ($\bar{x}=4,66$), referentes às dimensões Tangibilidade/Imagem, Empatia e Competência/Segurança, respetivamente.

Os *gaps* apresentados foram calculados através da diferença entre a pontuação dada à perceção e à expectativa pelo paciente da clínica para cada um dos itens (ex. $G_1=PER_1-EXP_1$). Assim, e tendo em conta a escala utilizada, o valor de cada *gap* pode variar entre -4 a 4. Um *gap* menor que zero indica expectativas superiores às

percepções, ou seja, irá alertar para itens onde o serviço prestado foi inferior ao serviço desejado pelos utilizadores. Um *gap* igual a zero indica que o serviço foi ao encontro das expectativas dos utilizadores e um *gap* superior a zero indica itens onde o serviço prestado superou as expectativas dos utilizadores. Posto isto, quanto mais próximo do 4 estiver o valor do *gap*, maior a superação das expectativas.

Os itens com *gaps* mais baixos foram: “O horário marcado das consultas é respeitado, não havendo atrasos” ($\bar{x}=-0,078$), “Consigo marcar consulta num horário conveniente para mim” ($\bar{x}=0,066$) e “Consigo contactar rapidamente a Clínica Privada de Guimarães (por telefone, e-mail, ...) sempre que preciso” ($\bar{x}=0,099$), todas referentes à dimensão Capacidade de Resposta. Os itens com *gaps* mais altos foram: “Os médicos fazem-me sentir seguro(a) e relaxado(a) durante as consultas” ($\bar{x}=0,440$), “O equipamento médico é moderno e de qualidade” ($\bar{x}=0,374$) e “Tanto o(a) médico(a) como os funcionários da clínica sabem quem eu sou” ($\bar{x}=0,330$), referentes às dimensões Competência/Segurança, Tangibilidade/ Imagem e Empatia, respetivamente.

É importante atentar ao item “O horário marcado das consultas é respeitado, não havendo atrasos”, tendo em conta que é o único causador de um *gap* negativo e, consequentemente, o único cuja qualidade desilude os pacientes, sendo inferior ao que esperavam dele. Para além disso, observa-se que para além do *gap* negativo, este item é responsável pelo valor de percepção mais baixo e por um dos valores mais baixos da expectativa.

No geral, é de salientar que o *gap* resultante da totalidade dos itens ($GAPT=0,23$) é superior a zero, indicando que, no geral, a clínica consegue atingir a qualidade esperada pelos seus pacientes. O valor médio das percepções de qualidade foi de 4,38. Tendo em conta uma escala de avaliação de 1 a 5, o valor obtido pode ser considerar muito positivo.

5.3 Análise Fatorial e Consistência Interna da Escala

Em primeiro lugar, é necessário que se analisem as relações entre as variáveis que compõem cada dimensão do modelo conceptual proposto. Para isso, realizou-se uma

análise fatorial pelo método de Análise de Componentes Principais (ACP) para verificar se essas mesmas variáveis são reduzidas aos fatores latentes comuns correspondentes, ou seja, às dimensões (*vide* Anexo V – Output IBM SPSS® Software: Análise Fatorial).

Foi realizada uma análise de componentes principais, com rotação ortogonal varimax, a cada um dos conjuntos de variáveis que constituem as 4 diferentes dimensões do modelo proposto. Este método de extração de fatores baseia-se na variância total e o objetivo deste tipo de rotação é o de maximizar a variação entre os pesos de cada componente principal.

O valor da medida de adequação das amostras de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) foi superior a 0,6 em todas as dimensões, verificando-se assim a homogeneidade das variáveis e uma boa adequação da análise fatorial. O *Teste de Esfericidade de Bartlett* efetuado indicou que existem correlações suficientes entre variáveis para a análise fatorial ser realizada. Todos os valores p obtidos foram menores que 0,01 (valores $p=0,000$), rejeitando assim a H_0 de ser uma matriz de identidade (*vide* Tabela 4).

A dimensão Tangibilidade/Imagem apresentou, no geral, os valores mais baixos de comunalidades de todas as dimensões, estando, contudo, dentro dos valores considerados por Bearden e Netemeyer (1999) e Hair *et al.* (2017). Para Bearden e Netemeyer (1999), itens com comunalidades superiores a 0,3 podem ser consideradas. Já para Hair *et al.* (2017), itens cujas comunalidades estejam no intervalo de 0,4 a 0,7, só devem ser retiradas se a sua extração provocar o aumento dos respetivos *loadings* e alphas de *Cronbach*. É importante também salientar que os valores obtidos na matriz de componente foram bastante satisfatórios, como pode ser verificado na Tabela 4. Após uma análise de consistência interna desta dimensão foi obtido um alpha de *Cronbach* superior a 0,6. Verificou-se também que a retirada de qualquer uma das variáveis constituintes desta dimensão, provocaria uma diminuição no valor do alfa e dos *loadings* das restantes. Desta forma, optou-se por não alterar a composição da dimensão Tangibilidade/Imagem.

Tabela 4 – Tabela resumo da análise fatorial e de consistência interna das dimensões do modelo proposto

Dimensão/Variável		Loading	KMO	Teste de Esfericidade de Bartlett	α de Cronbach
Tangibilidade/Imagem					
PER_1	As instalações físicas da clínica são confortáveis e visualmente atrativas (sala de espera, cadeiras, mesas, snacks, ...).	0,639	0,728	0,000	0,629
PER_4	A localização da clínica é conveniente.	0,608			
PER_6	São mantidos registos corretos e precisos do meu historial médico.	0,664			
PER_17	O equipamento médico é moderno e de qualidade.	0,678			
PER_19	Todos os profissionais (médicos, pessoal de atendimento, ...) têm uma imagem cuidada e limpa.	0,616			
Capacidade de Resposta					
PER_3	Consigo contactar rapidamente a Clínica Privada de Guimarães (por telefone, e-mail, ...) sempre que preciso.	0,666	0,837	0.000	0,839
PER_5	Se entro em contacto com os serviços da Clínica Privada de Guimarães, com algum problema ou dúvida, ajudam-me de forma rápida.	0,805			
PER_7	Consigo marcar consulta num horário conveniente para mim.	0,816			
PER_8	Os médicos respondem prontamente às minhas dúvidas e preocupações.	0,810			
PER_10	O horário marcado das consultas é respeitado, não havendo atrasos.	0,826			
Empatia					
PER_9	Todos os profissionais da clínica são bem-educados e amigáveis.	0,726	0,704	0,000	0,761
PER_11	O(a) médico(a) ouve-me com atenção.	0,858			
PER_13	Os médicos preocupam-se em me informar e consciencializar sobre os meus problemas de saúde e as opções de tratamento.	0,875			
PER_16	Tanto o(a) médico(a) como os funcionários da clínica sabem quem eu sou.	0,701			
Competência/Segurança					
PER_2	Confio no(a) meu/minha médico(a).	0,917	0,856	0.000	0,880
PER_12	O pessoal de atendimento é competente, inspirando-me confiança e segurança.	0,821			
PER_14	Os médicos fazem-me sentir seguro(a) e relaxado(a) durante as consultas.	0,835			
PER_15	Os médicos são tecnicamente competentes, bem informados e experientes.	0,818			
PER_20	Depois da(s) minha(s) consulta(s), senti que o meu problema foi resolvido.	0,736			

Tendo em consideração o mesmo fundamento anteriormente utilizado, apenas a dimensão Competência/Segurança sofreu alterações na sua composição, tendo sido retirada a variável PER_18. Na tabela seguinte apresentam-se alguns dos dados resultantes da análise fatorial (*loadings*, KMO e Teste de Esfericidade de *Bartlett*) e de consistência interna (alpha de *cronbach*) realizadas, após a exclusão da variável referida anteriormente.

Como pode ser observado pela análise da Tabela 4, os *loadings* das matrizes de componentes são todos superiores a 0,6.

Para avaliar a consistência interna de cada dimensão recorreu-se ao coeficiente α de *Cronbach* que, segundo (Marôco, 2014), deve ser superior a 0,6. Foi possível averiguar que os coeficientes α de *Cronbach* variaram entre 0,629 e 0,880, ao longo das 4 dimensões, indicando congruência das respostas. Adicionalmente, avaliou-se a consistência entre os itens que compõem as intenções comportamentais ($\alpha=0,928$). O output do SPSS referente a estes dados pode ser encontrado em anexo (*vide* Anexo VI – Output IBM SPSS Software: Análise Consistência Interna).

5.4 Testes de Hipóteses

5.4.1 Dimensões x Qualidade

Para testar se as dimensões Tangibilidade/Imagem, Capacidade de Resposta, Empatia e Competência/Segurança constituem as variáveis que medem a qualidade do serviço da clínica (H1), recorreu-se a uma análise fatorial de 2º grau, avaliando assim a consistência do modelo proposto (*vide* Anexo VII – Output IBM SPSS® Software: Análise Fatorial (H1)).

O valor de KMO obtido foi de 0,803 e o teste de esfericidade de Bartlett apresentou um valor $p=0,000$, pelo que se considerada válida a aplicação desta análise neste conjunto de dados. Os valores das comunalidades (H^2) das variáveis variaram entre 0,513 (para a dimensão Tangibilidade/Imagem) e 0,901 (para a dimensão Empatia). Os *loadings*

obtidos foram também considerados positivos. Todos os valores podem ser observados na Tabela 5.

Tabela 5 – Principais resultados da análise fatorial e de consistência interna do constructo de qualidade do modelo proposto (H1)

		KMO	Teste de esfericidade de Bartlett (sig.)	H ²	Loading	α de Cronbach
Dimensões	Tangibilidade/Imagem	0,803	0,000	0,513	0,716	0,898
	Capacidade de Resposta			0,792	0,890	
	Empatia			0,901	0,949	
	Competência/Segurança			0,878	0,937	

A consistência interna foi novamente avaliada pelo valor de alfa de Cronbach que apresentou um valor considerado bom estatisticamente, de 0,898.

Conclui-se assim que as dimensões propostas constituem as variáveis que medem a qualidade do serviço, **rejeitando-se H0**.

5.4.2 Qualidade e respectivas dimensões x Intenções Comportamentais

Para testar a hipótese de que a Qualidade percebida influencia positivamente as Intenções comportamentais dos pacientes, foi efetuada uma Regressão Linear Simples, onde a Qualidade é a variável independente que poderá prever a variável dependente, Intenções Comportamentais. Para se poder aplicar a análise de regressão há pressupostos que precisam ser respeitados (Marôco, 2014):

1. Linearidade do fenómeno;
2. Ausência de multicolinearidade entre variáveis explicativas;
3. Variáveis aleatórias residuais apresentam:
 - 3.1. Valor esperado nulo;
 - 3.2. Variância constante (Hipótese da Homocedasticidade);
 - 3.3. Independência;
 - 3.4. Distribuição normal.

Após a verificação dos pressupostos, foi possível concluir que o modelo é válido em termos globais. Os resultados desta análise podem ser consultados na sua totalidade no Anexo IX – Output IBM SPSS® Software: Análise de Regressão Linear Simples (H2) e na Tabela 6 encontram-se os principais resultados em resumo.

Tabela 6 - Resultados da Regressão Linear Simples (H2)

Resumo		R	R ²	R ² ajustado	Erro Padrão da Estimativa	Durbin-Watson
	Modelo	0,806	0,650	0,645	0,6045	1,862
ANOVA		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
	Regressão	54,230	1	54,230	148,425	0,000
	Resíduo	29,229	80	0,365		
Coeficientes		Coeficientes não padronizados		Coef. padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
	Constante	-0,020	0,067	-	-0,297	0,768
	Qualidade	0,815	0,067	0,806	12,183	0,000

Pelos resultados da ANOVA, observa-se que o valor de significância do teste é menor que 0,01 ($p=0,000$) pelo que a hipótese nula é rejeitada para qualquer nível de significância. Assim, pode afirmar-se que a Qualidade e as Intenções estão correlacionadas.

Pode dizer-se também que essa correlação é forte a partir da observação do respetivo coeficiente ($R=0,806$), que é o grau de associação linear entre as duas variáveis em causa. A partir do coeficiente de determinação ajustado temos a indicação de que 64,5% da variância da variável dependente (Intenções Comportamentais) é explicada pela variável independente (Qualidade percebida).

Para testar a hipótese de que as dimensões da qualidade influenciam positivamente as Intenções comportamentais dos pacientes, efetuou-se uma Regressão Linear Múltipla, onde as dimensões são variáveis independentes que poderão prever a variável dependente, Intenções Comportamentais. Os resultados desta análise podem ser consultados na sua totalidade no Anexo X – Output IBM SPSS® Software: Análise de

Regressão Linear Múltipla (H2) e na Tabela 7 encontram-se os principais resultados em resumo.

Tabela 7 - Resultados da Regressão Linear Múltipla (H2)

Resumo	R		R ²	R ² ajustado	Erro Padrão da Estimativa	Durbin-Watson
	Modelo	0,841	0,708	0,693	0,5627	1,953
ANOVA	Soma dos Quadrados		gl	Quadrado Médio	F	Sig.
	Regressão	59,081	4	14,770	46,654	0,000
	Resíduo	24,378	77	0,317		
Coeficientes	Coeficientes não padronizados		Coef. padronizados		t	Sig.
	B		Erro Padrão	Beta		
	Constante	-0,013	0,063	-	-0,214	0,831
	TI	0,008	0,077	0,008	0,106	0,916
	CR	0,399	0,108	0,397	3,683	0,000
	EM	-0,160	0,157	-0,162	-1,019	0,311
	CS	0,639	0,147	0,641	4,345	0,000

Pelos resultados da ANOVA, observa-se que o valor de significância do teste é menor que 0,01 ($p=0,000$) pelo que a hipótese nula é rejeitada para qualquer nível de significância. Assim, pode afirmar-se que existe uma correlação entre as Intenções comportamentais e pelo menos uma das dimensões de qualidade.

Para além disso, pode dizer-se as correlações são fortes a partir da observação do respetivo coeficiente de correlação múltiplo ($R=0,841$), que mede o grau de relacionamento linear entre a variável Intenções comportamentais e o conjunto das dimensões testadas.

A partir do coeficiente de determinação ajustado temos a indicação de que 69,3% da variância da variável dependente (Intenções Comportamentais) é explicada pela regressão. Assim, **H0 é rejeitada**.

Adicionalmente, pela análise dos valores de significância do teste t e dos valores de β obtidos, conclui-se que apenas as dimensões Capacidade de Resposta (CR) e Competência/Segurança (CS) são preditores significativos, sendo que esta segunda tem um impacto maior nas intenções.

5.4.3 Qualidade x Género

Para a comparação da Qualidade percebida de acordo com o género (H3a), foi realizada uma ANOVA (*vide* Tabela 8).

Pelo teste de *Levene* verificou-se que as variâncias da variável são idênticas (teste de Levene, com $p=0,449$). Uma vez que valor $p>0,05$, a hipótese nula de igualdade de médias não é rejeitada para um nível de significância de 5% (*vide* Tabela 8). Assim, a ANOVA permite concluir que a diferença da Qualidade percebida entre homens e mulheres não é estatisticamente significativa. **H0 não é rejeitada.**

Tabela 8 – Teste de homogeneidade de variâncias e comparação de médias da qualidade percebida de acordo com o género (H3a)

			ANOVA	
	Estatística de <i>Levene</i>	Sig.	F	Sig.
Qualidade x Género	0,578	0,449	3,883	0,052

5.4.4 Qualidade x Idade

Para a comparação da Qualidade percebida de acordo com a idade (H3b), foi realizada uma ANOVA (*vide* Tabela 9).

Pelo teste de *Levene* verificou-se que as variâncias da variável não são idênticas (teste de Levene, com $p=0,02$). Pela aplicação da ANOVA obteve-se um valor de $p=0,09$ ($>0,05$), logo não há rejeição da hipótese nula de igualdade de médias, para um nível de significância de 5%. Conclui-se, assim, que as diferenças nas médias da qualidade percebida entre as diferentes faixas etárias não são estatisticamente significativas. **H0 não é rejeitada.**

Tabela 9 - Teste de homogeneidade de variâncias e comparação de médias da qualidade de acordo com a idade (H3b)

			ANOVA	
	Estatística de <i>Levene</i>	Sig.	F	Sig.
Qualidade x Idade	2,991	0,024	2,093	0,090

5.4.5 Qualidade x Escolaridade

Para a comparação da Qualidade percebida de acordo com a escolaridade (H3c), foi realizada uma ANOVA (*vide* Tabela 10).

Pelo teste de *Levene* verificou-se que as variâncias da variável não são idênticas (teste de Levene, com $p=0,016$). Pela aplicação da ANOVA obteve-se um valor de $p=0,304$, assim a hipótese nula de igualdade de médias não é rejeitada para um nível de significância de 5%.

Tabela 10 - Teste de homogeneidade de variâncias e comparação de médias da Qualidade percebida de acordo com a Escolaridade (H3c)

			ANOVA	
	Estatística de <i>Levene</i>	Sig.	F	Sig.
Qualidade x Escolaridade	3,008	0,016	1,229	0,304

Assim, conclui-se que as diferenças nas médias da qualidade percebida para as diferentes escolaridades não são estatisticamente significativas, ou seja, **H0 não é rejeitada**.

5.4.6 Qualidade x Relação

Para a comparação da Qualidade percebida de acordo com o tempo da relação paciente-clínica (H3d), foi realizada uma ANOVA (*vide* Tabela 11).

Pelo teste de *Levene* verificou-se que as variâncias da variável não são idênticas (teste de Levene, com $p=0,009$). Na aplicação da ANOVA para o teste desta hipótese, o valor $p=0,000$ para um nível de significância de 1%, leva à rejeição da hipótese nula de igualdade de médias.

Tabela 11 - Teste de homogeneidade de variâncias e comparação de médias da qualidade de acordo com a Relação (H3d)

			ANOVA	
	Estatística de <i>Levene</i>	Sig.	F	Sig.
Qualidade x Relação	4,106	0,009	8,357	0,000

Assim, este teste permite concluir que para qualquer nível de significância, as médias dos vários grupos testados não são todas iguais, o que significa que existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade percebida entre pelo menos dois dos grupos comparados. Desta forma, **H0 é rejeitada**.

Para fazer as comparações múltiplas e identificar os grupos entre os quais as diferenças eram significativas, utilizou-se o procedimento de *Tukey* (*vide* Anexo XI – Output IBM SPSS® Software: Testes de Hipóteses), com um nível de significância de 0,01. Com a análise da tabela das comparações múltiplas foi possível concluir que a média da qualidade para o grupo de pacientes na sua primeira visita é significativamente inferior do que as médias de todos os outros grupos.

6 CONCLUSÃO

Embora a avaliação de qualidade dos serviços de saúde, na perspetiva dos utilizadores, não seja uma temática totalmente nova, é uma área que ainda levanta muitas inconsistências, havendo na literatura vários modelos distintos, com conclusões algo variadas. Para além do contributo prático para a Clínica Privada de Guimarães, este estudo contribui também para o aumento da literatura disponível em Portugal sobre esta temática.

De modo a dar resposta a uma necessidade da Entidade de Acolhimento, propôs-se um modelo de qualidade de serviços de saúde, que permitisse avaliar a perceção dos pacientes da qualidade dos serviços e identificar problemas-chave. O modelo proposto foi baseado em modelos conceptuais previamente utilizados e validados, tendo sofrido adaptações, tanto na forma como no conteúdo, para dar resposta às necessidades e exigências do contexto específico onde foi aplicado.

Os resultados obtidos transmitem um conjunto de informações que pode auxiliar na tomada de decisão relativamente à alocação de recursos respeitantes à melhoria da qualidade dos seus serviços, que no longo prazo, se traduzirá em melhores resultados financeiros para a instituição.

A análise de dados teve por base uma amostra constituída por 92 pacientes da Clínica Privada de Guimarães. A amostra é composta, maioritariamente, por indivíduos do sexo feminino (63%), pertencentes a uma faixa etária dos 26 aos 35 anos. Em relação à antiguidade da relação paciente-clínica, apenas 26,1% dos pacientes inquiridos frequentam a clínica à mais de um ano. É de destacar a percentagem de novos pacientes, inquiridos durante a sua primeira visita, de 14,1%.

Em relação ao modelo proposto, concluiu-se que as dimensões consideradas – Tangibilidade/Imagem, Capacidade de Resposta, Empatia e Competência/Segurança – são variáveis que medem a Qualidade do serviço.

Na avaliação de Qualidade em si, foi possível perceber que os pacientes consideram o serviço prestado da clínica como um serviço de qualidade, tendo atribuído um valor de

4,38 numa escala de 1 a 5 (em que o valor mais baixo e mais alto corresponde à avaliação mais baixa e mais alta, respetivamente).

Relativamente ao estudo descritivo dos *gaps* de qualidade, foi observado que, em média, há um alinhamento entre a *performance* do serviço e as expectativas dos inquiridos, visto que o *gap* obtido foi superior a zero. A dimensão Capacidade de Resposta sobressaiu-se face às restantes, sendo a única dimensão a apresentar um *gap* negativo em um dos seus itens. Assim, considerou-se que a capacidade de resposta da CPG foi o ponto menos positivo dos seus serviços para os inquiridos. Deverá ser dada uma atenção especial a esta dimensão já que se encontra significativamente relacionada com as Intenções Comportamentais. De forma a poder promover medidas de melhoria, a equipa de gestão deverá avaliar a capacidade de resposta geral da clínica, de forma a perceber se a resposta insuficiente identificada neste estudo foi provocada por um pico de procura pontual ou por um aumento de procura contínuo ao longo do tempo.

É também importante ter atenção às características nas quais os consumidores depositam mais expectativas e nas quais têm perceções mais elevadas do serviço. Nesses atributos deve ser feito um esforço para manter o padrão de qualidade existente de modo a não defraudar as expectativas dos consumidores.

Comprovou-se que, à medida que a avaliação da qualidade aumenta, as intenções comportamentais dos pacientes também aumentam, estando em concordância com os achados na literatura (Zeithaml *et al.*, 1996; Dagger *et al.*, 2007; Murti *et al.*, 2013). Observou-se também que os pacientes inquiridos têm, em média, intenções altas nas três componentes: intenção de retornar à clínica numa próxima necessidade, intenção de recomendar a familiares e amigos e intenção de não procurar novas alternativas. Sugere-se à CPG que tente aproveitar essas intenções de forma a maximizar os seus resultados. Poderiam disponibilizar ferramentas aos pacientes que facilitassem, por exemplo, o processo de recomendação. A clínica poderia encorajar os pacientes a dar os seus testemunhos, de forma a que estes pudessem partilhar os bons resultados obtidos com a população em geral (partilha dos testemunhos no site da clínica, nas redes sociais, entre outros). É importante que haja uma tentativa de influenciar as expectativas

a seu favor, estimulando o WOM positivo, mas tendo sempre o cuidado de fazer promessas realistas, que reflitam o serviço real oferecido e não o serviço que desejavam oferecer (o serviço idealizado).

Das quatro dimensões propostas é a Competência/Segurança que apresenta um maior impacto nas intenções dos pacientes, seguida da Capacidade de Resposta. Por isso, para mantermos as intenções comportamentais positivas é importante que a qualidade destas dimensões seja controlada.

A influência das características sociodemográficas dos indivíduos na sua avaliação da Qualidade, não foi comprovada. Não se encontraram diferenças significativas para os diferentes géneros, faixas etárias e escolaridade, ao contrário do que era esperado e proposto pela literatura (Butler *et al.*, 1996).

Foi encontrada, no entanto, uma relação entre a avaliação da qualidade e o tempo de relação do paciente com a organização prestadora. Os pacientes que foram inquiridos na sua primeira visita aos serviços da clínica fizeram, em média, uma avaliação da qualidade significativamente mais baixa que os restantes pacientes. Este dado é de extrema importância para a CPG. Nos dados recolhidos há indicação de uma taxa de atração de novos pacientes elevada (constituindo 14,1% da mostra), no entanto, há o risco da fidelização desses mesmos pacientes ser baixa no caso da sua primeira perceção de qualidade não for suficientemente positiva. Será importante para a CPG perceber quais especialidades ou serviços têm vindo a receber um maior número de novos pacientes para, deste modo, aplicar medidas de melhoria da qualidade específicas a cada caso.

Como qualquer investigação, este estudo contém algumas limitações. Em primeiro lugar é de mencionar que a amostra não teve a dimensão desejada, o que dificultou alguns estudos comparativos, nomeadamente, a associação da especialidade ou serviço utilizado com a avaliação da qualidade, devido à baixa expressividade da maioria dos grupos na amostra. O método de amostragem por conveniência utilizado não garante a representatividade da população de pacientes da CPG, o que se põe também como uma limitação. Por último, é de referir que os resultados obtidos são limitados à CPG,

devendo ser aplicados a outros casos específicos e outros contextos que permitam corroborar estes achados.

Numa próxima investigação, poderá ser avaliada a influência de outras variáveis na avaliação da qualidade dos consumidores de saúde, como a sua situação de emprego, estado civil, seguro de saúde utilizado (ou ausência dele), rendimento familiar mensal médio, condição de saúde, entre outros. Para além disso, poderá também ser interessante incluir a satisfação no modelo, percebendo a sua relação com a qualidade e intenções comportamentais.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aagja, J. P. e Garg, R. (2010), "Measuring perceived service quality for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context", *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, Vol. 4, Nº 1, pp. 60-83.
- AICEP (2017). Portugal - Principais Indicadores Económicos. E. P. E. AICEP - Agência para o Investimento e Comércio Externo de Portugal.
- Akhtar, J. (2011), "Determinants of Service Quality and Their Relationship with Behavioural Outcomes: Empirical Study of the Private Commercial Banks in Bangladesh", *International Journal of Business and Management*, Vol. 6, Nº 11, pp. 146-156.
- AMA (2013), "Definition of Marketing." <https://www.ama.org/AboutAMA/Pages/Definition-of-Marketing.aspx>, acedido em Dezembro de 2016.
- Anderson, E. A. (1995), "Measuring service quality at a university health clinic", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 8, Nº 2, pp. 32-37.
- Angelopoulou, P., Kangis, P. e Babis, G. (1998), "Private and public medicine: a comparison of quality perceptions", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 11, Nº 1, pp. 14-20.
- Arasli, H., Haktan, E., Salih, E. e Katircioglu, T. (2008), "Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: Empirical evidence from Cyprus", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21, Nº 1, pp. 8-23.
- Asubonteng, P., McCleary, K. J. e Swan, J. E. (1996), "SERVQUAL revisited: a critical review of service quality", *Journal of Services Marketing*, Vol. 10, Nº 6, pp. 62-81.
- Babakus, E. e Mangold, W. G. (1992), "Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation", *Health Services Research*, Vol. 26, Nº 6, pp. 767-786.
- Bacelar, S. M. (1999), "Amostragem nas ciências sociais: relatório de aula teórico-prática", Universidade do Porto.
- Bakar, C., Akgün, H. S. e Assaf, A. F. A. (2008), "The role of expectations in patients' hospital assessments: A Turkish university hospital example", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21, Nº 5, pp. 503-516.
- Bearden, W. O. e Netemeyer, R. G. (1999), *Handbook of marketing scales: Multi-item Measures for Marketing and Consumer Behavior Research*, Sage Publications.
- Berry, L. e Bendapudi, N. (2003), "Clueing In Customers", *Harvard Business Review*, Vol. 81, Nº 2, pp. 100-106.

- Berry, L. e Parasuraman, A. (1992), "Services marketing starts from within", *Marketing Management*, N° pp. 25-34.
- Berry, L. e Parasuraman, A. (1997), "Listening to the Customer - The Concept of a Service-Quality Information System", *Sloan Management Review*, Vol. 38, N° 3, pp. 65-76.
- Berry, L., Parasuraman, A. e Zeithaml, V. (1988), "The Service-Quality Puzzle", *Business Horizons*, Vol. 31, N° 5, pp. 35.
- Berry, L. e Seltman, K. (2007), "Building a strong services brand: Lessons from Mayo Clinic", *Business Horizons*, Vol. 50, N° 3, pp. 199-209.
- Berry, L., Zeithaml, V. e Parasuraman, A. (1985), "Quality Counts in Services, Too", *Business Horizons*, Vol. 28, N° 3, pp. 44.
- Bitner, M. J. (1990), "Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses", *Journal of Marketing*, Vol. 54, N° April, pp. 69-82.
- Bitner, M. J., Faranda, W. T., Hubbert, A. R. e Zeithaml, V. A. (1997), "Customer contributions and roles in service delivery", *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 8, N° 3, pp. 193-205.
- Bolton, R. N. e Drew, J. H. (1991), "A Longitudinal Analysis of the Impact of Service Changes on Customer Attitudes", *Journal of Marketing*, Vol. 55, N° 1, pp. 1-10.
- Borden, N. H. (1984), "The Concept of the Marketing Mix", *Journal of Advertising Research*, Vol. II, N° Classics, pp. 6.
- Brogowicz, A. A., Delene, L. e Lyth, D. (1990), "A Synthesised Service Quality Model with Managerial Implications", *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 1, N° 1, pp. 27-45.
- Brown, S. W., Fisk, R. P. e Bitner, M. J. (1994), "The Development and Emergence of Services Marketing Thought", *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 5, N° 1, pp. 21-48.
- Butler, D., Oswald, S. L. e Turner, D. E. (1996), "The effects of demographics on determinants of perceived health-care service quality: The case of users and observers", *Journal of Management in Medicine*, Vol. 10, N° 5, pp. 8-20.
- Carmen, J. M. e Langeard, E. (1980), "Growth Strategies of Service Firms", *Strategic Management Journal*, Vol. 1, N° pp. 7-22.
- Coulter, K. S. e Coulter, R. A. (2002), "Determinants of Trust in a Service Provider: the moderating role of length of relationship", *Journal of Services Marketing*, Vol. 16, N° 1, pp. 35-50.

- Cova, B., Dalli, D. e Zwick, D. (2011), "Critical perspectives on consumers' role as "producers": Broadening the debate on value co-creation in marketing processes", *Marketing Theory*, Vol. 11, Nº 3, pp. 231-241.
- Cronin, J. J. e Taylor, S. A. (1992), "Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension", *Journal of Marketing*, Vol. 56, Nº 3, pp. 55-68.
- Crosby, P. B. (1979), *Quality is Free: The Art of Making Quality Certain*, Nova Iorque: MacGraw-Hill.
- Dagger, T. S., Sweeney, J. C. e Johnson, L. W. (2007), "A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of an Integrated Model", *Journal of Service Research*, Vol. 10, Nº 2, pp. 123-142.
- Drucker, P. F. (1986), *Management - Tasks, Responsibilities, Practices*, United States of America: Truman Talley Books.
- Duggirala, M., Rajendran, C. e Anantharaman, R. N. (2008), "Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare", *Benchmarking: An International Journal*, Vol. 15, Nº 560-583, pp.
- Elleuch, A. (2008), "Patient satisfaction in Japan", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21, Nº 7, pp. 692-705.
- Elliott, A. C. e Woodward, W. A. (2007), *STATISTICAL ANALYSIS: Quick Reference Guidebook with SPSS Examples*, SAGE Publications.
- Frost, F. A. e Kumar, M. (2000), "INTSERVQUAL – an internal adaptation of the GAP model in a large service organisation", *Journal of Services Marketing*, Vol. 14, Nº 5, pp. 358-377.
- Fuentes, C. M. (1999), "Measuring hospital service quality: a methodological study", *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 9, Nº 4, pp. 230-240.
- Ganesh, R. e Haslinda, A. (2014), "Evolution and Conceptual Development of Service Quality in Service Marketing and Customer Satisfaction", *International Review of Management and Business Research*, Vol. 3, Nº 2, pp. 1189-1197.
- Ghiglione, R. e Matalon, B. (2005), *O Inquérito - Teoria e Prática*, Oeiras: Celta.
- Goi, C. L. (2009), "A Review of Marketing Mix: 4Ps or More?", *International Journal of Marketing Studies*, Vol. 1, Nº 1, pp. 14.
- Grönroos, C. (1984), "A Service Quality Model and its Marketing Implications", *European Journal of Marketing*, Vol. 18, Nº 4, pp. 36-44.
- Grönroos, C. (1998), "Marketing Services: the case of a missing product", *Journal of Business & Industrial Marketing*, Vol. 13, Nº 4/5, pp. 322-338.

- Grönroos, C. (2001), "The perceived service quality concept - a mistake?", *Managing Service Quality*, Vol. 11, Nº 3, pp. 150-152.
- Grönroos, C. (2006), "On defining marketing: finding a new roadmap for marketing", *Marketing Theory*, Vol. 6, Nº 4, pp. 395-417.
- Grönroos, C. (2007), *Service management and marketing : customer management in service competition*, Chichester: Wiley Higher Education.
- Grönroos, C. (2012), "Conceptualising value co-creation: A journey to the 1970s and back to the future", *Journal of Marketing Management*, Vol. 28, Nº 13 e 14, pp. 1520-1534.
- Grönroos, C. e Voima, P. (2013), "Critical service logic: making sense of value creation and co-creation", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 41, Nº 2, pp. 133-150.
- Haeckel, S. H., Carbone, L. P. e Berry, L. L. (2003), "How to Lead the Customer Experience", *Marketing Management*, Vol. 12, Nº 1, pp. 18-23.
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M. e Sarstedt, M. (2017), *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*, SAGE Publishing.
- Hill, M. M. e Hill, A. (2012), *Investigação por Questionário*, Lisboa: Sílabo.
- Iacobucci, D., Ostrom, A. e Grayson, K. (1995), "Distinguishing Service Quality and Customer Satisfaction: The Voice of the Consumer", *Journal of Consumer Psychology*, Vol. 4, Nº 3, pp. 277-303.
- Jabnoun, N. e Chaker, M. (2003), "Comparing the quality of private and public hospitals", *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 13, Nº 4, pp. 290-299.
- Johnston, R. (1995), "The determinants of service quality: satisfiers and dissatisfiers", *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 6, Nº 5, pp. 53-71.
- Jung, M., Lee, K.-H. e Choi, M. (2009), "Perceived Service Quality among Outpatients Visiting Hospitals and Clinics and Their Willingness to Re-utilize the Same Medical Institutions", *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, Vol. 42, Nº 3, pp. 151-159.
- Kara, A., Lonial, S., Tarim, M. e Zaim, S. (2005), "A paradox of service quality in Turkey: The seemingly contradictory relative importance of tangible and intangible determinants of service quality", *European Business Review*, Vol. 17, Nº 1, pp. 5-20.

- Karassavidou, E., Glaveli, N. e Papadopoulos, C. (2009), "Quality in NHS Hospitals: no one knows better than patients", *Measuring Business Excellence*, Vol. 13, Nº 1, pp. 34-46.
- Kilbourne, W. E., Duffy, J. A., Duffy, M. e Giarchi, G. (2004), "The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality", *Journal of Services Marketing*, Vol. 18, Nº 7, pp. 524-533.
- Kotler, P. (2002). "Marketing in the Twenty-First Century", in *Marketing Management*, Pearson Custom Publishing. Vol. pp. 1-18,
- Kotler, P. e Armstrong, G. (2012), *Principles of Marketing*, Prentice Hall.
- Kotler, P., Shalowitz, J. e Stevens, R. J. (2008), *Strategic Marketing for Health Care Organizations - Building a Customer-Driven Health System*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Ladhari, R. (2009), "A review of twenty years of SERVQUAL research", *International Journal of Quality and Service Sciences*, Vol. 1, Nº 2, pp. 172-198.
- Lam, S. S. K. (1997), "SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong", *Total Quality Management*, Vol. 8, Nº 4, pp. 145-152.
- Laroche, M., Bergeron, J. e Goutaland, C. (2001), "A Three-Dimensional Scale of intangibility", *Journal of Service Research*, Vol. 4, Nº 1, pp. 26-38.
- Las Casas, A. L. (2005), *Marketing: Conceitos, Exercícios, Casos*, São Paulo: Atlas.
- Lee, J. (2005), "Measuring Service Quality in a Medical Setting in a Developing Country", *Services Marketing Quarterly*, Vol. 27, Nº 2, pp. 1-14.
- Levitt, T. (1981), "Marketing Intangible Products and Product Intangibles", *Harvard Business Review*, Vol. 59, Nº 3, pp. 94-102.
- Levitt, T. (2004), "Marketing Myopia", *Harvard Business Review*, Vol. 82, Nº 7/8, pp. 138-149.
- Lim, P. C. e Tang, N. K. H. (2000), "A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 13, Nº 7, pp. 290-299.
- Lovelock, C. e Wirtz, J. (2004), *Services Marketing - People, Technology, Strategy*, United States of America: Pearson Prentice Hall.
- Marôco, J. (2014), *Análise Estatística com o SPSS Statistics*, ReportNumber, Lda.

- Moeller, S. (2010), "Characteristics of services – a new approach uncovers their value", *Journal of Services Marketing*, Vol. 24, Nº 5, pp. 359-368.
- Mosahab, R., Mahamad, O. e Ramayah, T. (2010), "Service Quality, Customer Satisfaction and Loyalty: A Test of Mediation", *International Business Research*, Vol. 3, Nº 4, pp. 72-80.
- Mostafa, M. M. (2005), "An empirical study of patients' expectations and satisfactions in Egyptian hospitals", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 18, Nº 7, pp. 516-532.
- Murray, K. B. (1991), "A Test of Services Marketing Theory: Consumer Information Acquisition Activities", *Journal of Marketing*, Vol. 55, Nº 1, pp. 10-25.
- Murti, A., Deshpande, A. e Srivastava, N. (2013), "Patient Satisfaction and Consumer Behavioural Intentions: An Outcome of Service Quality in Health Care Services", *Journal of Health Management*, Vol. 15, Nº 4, pp. 549-577.
- Oliver, R. L. (1980), "A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions", *Journal of Marketing Research*, Vol. 17, Nº 4, pp. 460-469.
- Oliver, R. L. (1993), "Cognitive, Affective, and Attribute Bases of the Satisfaction Response", *Journal of Consumer Research*, Vol. 20, Nº pp.
- Oliver, R. L. e Burke, R. R. (1999), "Expectation Processes in Satisfaction Formation - A Field Study", *Journal of Service Research*, Vol. 1, Nº 3, pp. 196-214.
- Pai, Y. e Chary, S. (2013), "Dimensions of hospital service quality: a critical review - perspective of patients from global studies", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 26, Nº 4, pp. 308-340.
- Pai, Y. e Chary, S. (2014), "The impact of Healthscape on Service Quality and Behavioural Intentions", *International Journal of Conceptions on Management and Social Sciences*, Vol. 2, Nº 2, pp. 18-22.
- Parasuraman, A., Berry, L. e Zeithaml, V. (1991a), "Perceived Service Quality as a Customer-Based Performance Measure", *Human Resource Management*, Vol. 30, Nº 3, pp. 335-364.
- Parasuraman, A., Berry, L. L. e Zeithaml, V. A. (1991b), "Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale", *Journal of Retailing*, Vol. 67, Nº 4, pp. 420-450.
- Parasuraman, A., Berry, L. L. e Zeithaml, V. A. (1994), "Alternative Scales for Measuring Service Quality: A comparative Assessment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria", *Journal of Retailing*, Vol. 20, Nº 3, pp. 201-230.

- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. e Berry, L. L. (1985), "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", *Journal of Marketing*, Vol. 49, Nº 4, pp. 41.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. e Berry, L. L. (1988), "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", *Journal of Retailing*, Vol. 64, Nº 1, pp. 12-40.
- Perreault, W. D. e McCarthy, E. J. (2002), *Basic Marketing: A Global-Managerial Approach*, New York: McGraw-Hill.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2014), *Análise de dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*, Edições Sílabo.
- Ramsaran-Fowdar, R. R. (2008), "The relative importance of service dimensions in a healthcare setting", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21, Nº 1, pp. 104-124.
- Raposo, M., Alves, H. e Duarte, P. (2009), "Dimensions of Service Quality and Satisfaction in Healthcare - A patient's satisfaction index", *Service Business*, Vol. 3, Nº pp. 85-100.
- Regan, W. J. (1963), "The Service Revolution", *Journal of Marketing*, Vol. 47, Nº pp. 57-62.
- Reis, V. e Ravara, D. (2013), *Trabalho Subordinado e Trabalho Autónomo: Presunção Legal e Método Indiciário*, Centro de Estudos Judiciários.
- Ribeiro, J. (1993), "The Components of Service Quality: an application to the transportation industry in Portugal", MBA Thesis, Universidade do Porto.
- Seth, N., Deshmukh, S. e Vrat, P. (2005), "Service Quality models: A Review", *International Journal of Quality & Reliability Management*, Vol. 22, Nº 9, pp. 913-949.
- Solomon, M. R. (2004), "For services, the play's (still) the thing", *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 14, Nº 1, pp. 6-10.
- Thayer-Hart, N., Dykema, J., Elver, K., Schaeffer, N. C. e Stevenson, J. (2010), *Survey Fundamentals - A Guide to Designing and Implementing Surveys*, Office of Quality Improvement -University of Wisconsin-Madison.
- Vinagre, M. H. e Neves, J. (2008), "The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21, Nº 1, pp. 87-103.

- Wirtz, J. e Bateson, J. (1999), "Consumer Satisfaction with Services: Integrating the Environment Perspective in Services Marketing into the Traditional Disconfirmation Paradigm", *Journal of Business Research*, Vol. 44, N° pp. 55-66.
- Woodside, A. G., Frey, L. L. e Daly, R. T. (1989), "Linking Service Quality, Customer Satisfaction, and Behavioral Intention", *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 9, N° 4, pp. 5-17.
- Yudelson, J. (1999), "Adapting McCarthy's Four P's for the Twenty-First Century", *Journal of Marketing Education*, Vol. 21, N° 1, pp. 60-67.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A. e Berry, L. (1985), "Problems and Strategies in Services Marketing", *Journal of Marketing*, Vol. 49, N° pp. 33-46.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L. e Parasuraman, A. (1996), "The Behavioral Consequences of Service Quality", *Journal of Marketing*, Vol. 60, N° 2, pp. 31-46.

8 ANEXOS

Anexo I – Inquérito de Pré-Teste



Caro(a) participante,

Gostaria de o(a) convidar a responder a este questionário no âmbito de um relatório de estágio do Mestrado de Gestão e Economia de Serviços de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Porto. O estudo tem como objetivo avaliar a qualidade percebida dos serviços pelos pacientes da Clínica Privada de Guimarães. Os dados recolhidos serão apenas utilizados no âmbito desta investigação e analisados de forma anónima e agregada.

Caso tenha alguma dúvida ou observação relativamente a este estudo, pode contactar-me através do email: joana.fernandes@clinicaprivadeguimaraes.com

1ª Parte

Dados Sociodemográficos

1. Género

- ☐ Feminino
☐ Masculino

2. Idade

___ anos

3. Nível de Escolaridade

- ☐ Ensino básico - 1º ciclo (4º ano)
☐ Ensino básico - 2º ciclo (6º ano)
☐ Ensino básico - 3º ciclo (9º ano)
☐ Ensino Secundário (12ª ano)
☐ Licenciatura
☐ Mestrado
☐ Doutoramento

4. Há quanto tempo é paciente na Clínica Privada de Guimarães?

- ☐ primeira visita
☐ menos de 6 meses
☐ 6 meses a 1 ano
☐ mais de 1 ano

5. Especialidade ou Serviço que mais frequenta

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Análises Clínicas | <input type="checkbox"/> Imunoalergologia | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | <input type="checkbox"/> Podologia |
| <input type="checkbox"/> Acupuntura | <input type="checkbox"/> Laserterapia | <input type="checkbox"/> Oncologia | <input type="checkbox"/> Psicologia |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Dentária | <input type="checkbox"/> Ortopedia | <input type="checkbox"/> Psicomotricidade |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia | <input type="checkbox"/> Medicina do Trabalho | <input type="checkbox"/> Osteopatia | <input type="checkbox"/> Psiquiatria |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia | <input type="checkbox"/> Medicina Estética | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia | <input type="checkbox"/> Terapia da fala |
| <input type="checkbox"/> Enfermagem | <input type="checkbox"/> Medicina Geral | <input type="checkbox"/> Pediatria | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Ginecologia | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Pedopsiquiatria | |
| <input type="checkbox"/> Homeopatia | <input type="checkbox"/> Nutrição | <input type="checkbox"/> Pneumologia | |

2ª Parte

Intenções Comportamentais

Por favor, assinale o valor que mais se adequa em cada afirmação, de acordo com a seguinte escala: **1** - Discordo Totalmente; **2** - Discordo em parte; **3** - Nem discordo, nem concordo; **4** - Concordo em parte; **5** - Concordo Totalmente.

Caso necessário, vou continuar a recorrer à Clínica Privada de Guimarães.	1	2	3	4	5
Vou elogiar a Clínica Privada de Guimarães a familiares e amigos.	1	2	3	4	5
Não tenho intenção de mudar de clínica no futuro.	1	2	3	4	5



3ª Parte

Percepções e Expectativas dos consumidores

A primeira coluna refere-se às expectativas *ANTES* de ter utilizado os serviços (o que esperava encontrar) e a segunda coluna refere-se à sua percepção (o que observou) *APÓS* ter utilizado os serviços da Clínica Privada de Guimarães. Por favor, assinale o valor que mais se adequa a cada aspeto, de acordo com a escala da questão anterior.

Lembre-se de que não existem respostas corretas ou incorretas.

	O que esperava <i>Expectativas</i>					O que observei <i>Percepções</i>				
1. As instalações físicas da clínica são confortáveis e visualmente atrativas (sala de espera, cadeiras, mesas, snacks, ...).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Confio no(a) meu/minha médico(a).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Consigo contactar rapidamente a Clínica Privada de Guimarães (por telefone, e-mail, ...) sempre que preciso.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. A localização da clínica é conveniente.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Se entro em contacto com os serviços da Clínica Privada de Guimarães, com algum problema ou dúvida, ajudam-me de forma rápida.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. São mantidos registos corretos e precisos do meu historial médico.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Consigo marcar consulta num horário conveniente para mim.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Os médicos respondem prontamente às minhas dúvidas e preocupações.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Todos os profissionais da clínica são bem educados e amigáveis.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. O horário marcado das consultas é respeitado, não havendo atrasos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. O(a) médico(a) ouve-me com atenção.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. O pessoal de atendimento é competente, inspirando-me confiança e segurança.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Os médicos preocupam-se em me informar e consciencializar sobre os meus problemas de saúde e as opções de tratamento.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Os médicos fazem-me sentir seguro(a) e relaxado(a) durante as consultas.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Os médicos são tecnicamente competentes, bem informados e experientes.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Tanto o(a) médico(a) como os funcionários da clínica sabem quem eu sou.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. O equipamento médico é moderno e de qualidade.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Quando necessário, os médicos referem os pacientes para outros especialistas.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Todos os profissionais (médicos, pessoal de atendimento, ...) têm uma imagem cuidada e limpa.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Depois da(s) minha(s) consulta(s), senti que o meu problema foi resolvido.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Muito obrigada pela sua colaboração!

Joana Fernandes

Anexo II – Inquérito Aplicado



Caro(a) participante,

Gostaria de o(a) convidar a responder a este questionário no âmbito de um relatório de estágio do Mestrado de Gestão e Economia de Serviços de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Porto. O estudo tem como objetivo avaliar a qualidade percebida dos serviços pelos pacientes da Clínica Privada de Guimarães. Os dados recolhidos serão apenas utilizados no âmbito desta investigação e analisados de forma anónima e agregada.

O questionário tem uma duração de **3-4** minutos.

Caso tenha alguma dúvida ou observação relativamente a este estudo, pode contactar-me através do email: joana.fernandes@clinicaprivadeguimaraes.com

1ª Parte

Dados Sociodemográficos

1. Género

- ☐ Feminino
☐ Masculino

2. Idade

____ anos

3. Nível de Escolaridade

- ☐ Ensino básico - 1º ciclo (4º ano)
☐ Ensino básico - 2º ciclo (6º ano)
☐ Ensino básico - 3º ciclo (9º ano)
☐ Ensino Secundário (12º ano)
☐ Licenciatura
☐ Mestrado
☐ Doutoramento

4. Há quanto tempo é paciente na Clínica Privada de Guimarães?

- ☐ primeira visita
☐ menos de 6 meses
☐ 6 meses a 1 ano
☐ mais de 1 ano

5. Especialidade ou Serviço que mais frequenta (por favor, selecione apenas **UMA** opção)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Análises Clínicas | <input type="checkbox"/> Imunoalergologia | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | <input type="checkbox"/> Podologia |
| <input type="checkbox"/> Acupuntura | <input type="checkbox"/> Laserterapia | <input type="checkbox"/> Oncologia | <input type="checkbox"/> Psicologia |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Dentária | <input type="checkbox"/> Ortopedia | <input type="checkbox"/> Psicomotricidade |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia | <input type="checkbox"/> Medicina do Trabalho | <input type="checkbox"/> Osteopatia | <input type="checkbox"/> Psiquiatria |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia | <input type="checkbox"/> Medicina Estética | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia | <input type="checkbox"/> Terapia da fala |
| <input type="checkbox"/> Enfermagem | <input type="checkbox"/> Medicina Geral | <input type="checkbox"/> Pediatria | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Ginecologia | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Pedopsiquiatria | |
| <input type="checkbox"/> Homeopatia | <input type="checkbox"/> Nutrição | <input type="checkbox"/> Pneumologia | |

2ª Parte

Intenções Comportamentais

Por favor, assinale o valor que mais se adequa em cada afirmação, de acordo com a seguinte escala: **1** - Discordo Totalmente; **2** - Discordo em parte; **3** - Nem discordo, nem concordo; **4** - Concordo em parte; **5** - Concordo Totalmente.

Caso necessário, vou continuar a recorrer à Clínica Privada de Guimarães.	1	2	3	4	5
Vou elogiar a Clínica Privada de Guimarães a familiares e amigos.	1	2	3	4	5
Não tenho intenção de mudar de clínica no futuro.	1	2	3	4	5

3ª Parte

Percepções e Expectativas dos consumidores

A primeira coluna refere-se às expectativas ANTES de ter utilizado os serviços (o que esperava encontrar) e a segunda coluna refere-se à sua percepção (o que observou) APÓS ter utilizado os serviços da Clínica Privada de Guimarães. Por favor, assinale o valor que mais se adequa a cada aspeto, utilizando a mesma escala da questão anterior: **1-** Discordo Totalmente; **2-** Discordo em parte; **3-** Nem discordo, nem concordo; **4-** Concordo em parte; **5-** Concordo Totalmente. Lembre-se de que não existem respostas corretas ou incorretas.

	O que esperava <i>Expectativas</i>					O que observei <i>Percepções</i>				
1. As instalações físicas da clínica são confortáveis e visualmente atrativas (sala de espera, cadeiras, mesas, snacks, ...).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Confio no(a) meu/minha médico(a).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Consigo contactar rapidamente a Clínica Privada de Guimarães (por telefone, e-mail, ...) sempre que preciso.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. A localização da clínica é conveniente.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Se entro em contacto com os serviços da Clínica Privada de Guimarães, com algum problema ou dúvida, ajudam-me de forma rápida.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. São mantidos registos corretos e precisos do meu historial médico.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Consigo marcar consulta num horário conveniente para mim.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Os médicos respondem prontamente às minhas dúvidas e preocupações.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Todos os profissionais da clínica são bem educados e amigáveis.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. O horário marcado das consultas é respeitado, não havendo atrasos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. O(a) médico(a) ouve-me com atenção.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. O pessoal de atendimento é competente, inspirando-me confiança e segurança.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Os médicos preocupam-se em me informar e consciencializar sobre os meus problemas de saúde e as opções de tratamento.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Os médicos fazem-me sentir seguro(a) e relaxado(a) durante as consultas.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Os médicos são tecnicamente competentes, bem informados e experientes.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Tanto o(a) médico(a) como os funcionários da clínica sabem quem eu sou.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. O equipamento médico é moderno e de qualidade.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Quando necessário, os médicos referem os pacientes para outros especialistas.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Todos os profissionais (médicos, pessoal de atendimento, ...) têm uma imagem cuidada e limpa.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Depois da(s) minha(s) consulta(s), senti que o meu problema foi resolvido.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Muito obrigada pela sua colaboração!
Joana Fernandes

Anexo III – Divisão das variáveis por dimensão

<i>Tangibilidade/Imagem</i>	
EXP_1 PER_1	As instalações físicas da clínica são confortáveis e visualmente atrativas (sala de espera, cadeiras, mesas, snacks, ...).
EXP_4 PER_4	A localização da clínica é conveniente.
EXP_6 PER_6	São mantidos registos corretos e precisos do meu historial médico.
EXP_17 PER_17	O equipamento médico é moderno e de qualidade.
EXP_19 PER_19	Todos os profissionais (médicos, pessoal de atendimento, ...) têm uma imagem cuidada e limpa.
<i>Capacidade de Resposta</i>	
EXP_3 PER_3	Consigo contactar rapidamente a Clínica Privada de Guimarães (por telefone, e-mail, ...) sempre que preciso.
EXP_5 PER_5	Se entro em contacto com os serviços da Clínica Privada de Guimarães, com algum problema ou dúvida, ajudam-me de forma rápida.
EXP_7 PER_7	Consigo marcar consulta num horário conveniente para mim.
EXP_8 PER_8	Os médicos respondem prontamente às minhas dúvidas e preocupações.
EXP_10 PER_10	O horário marcado das consultas é respeitado, não havendo atrasos.
<i>Empatia</i>	
EXP_9 PER_9	Todos os profissionais da clínica são bem-educados e amigáveis.
EXP_11 PER_11	O(a) médico(a) ouve-me com atenção.
EXP_13 PER_13	Os médicos preocupam-se em me informar e consciencializar sobre os meus problemas de saúde e as opções de tratamento.
EXP_16 PER_16	Tanto o(a) médico(a) como os funcionários da clínica sabem quem eu sou.
<i>Competência/Segurança</i>	
EXP_2 PER_2	Confio no(a) meu/minha médico(a).
EXP_12 PER_12	O pessoal de atendimento é competente, inspirando-me confiança e segurança.
EXP_14 PER_14	Os médicos fazem-me sentir seguro(a) e relaxado(a) durante as consultas.
EXP_15 PER_15	Os médicos são tecnicamente competentes, bem informados e experientes.
EXP_18 PER_18	Quando necessário, os médicos referem os pacientes para outros especialistas.
EXP_20 PER_20	Depois da(s) minha(s) consulta(s), senti que o meu problema foi resolvido.

Anexo IV – Output IBM SPSS® Software: Estatística Descritiva da Amostra

Frequências

		Estatísticas			
		Gênero	Idade	Escolaridade	Relação
N	Válido	92	91	91	90
	Omisso	0	1	1	2
Média		,37	37,86	4,21	2,62
Desvio Padrão		,485	13,333	1,304	1,034
Variância		,236	177,768	1,700	1,069
Mínimo		0	16	1	1
Máximo		1	79	6	4

Tabela de Frequências

Gênero		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Acumulada
Válido	Feminino	58	63,0	63,0	63,0
	Masculino	34	37,0	37,0	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Idade		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Acumulada
Válido	16	1	1,1	1,1	1,1
	19	1	1,1	1,1	2,2
	20	2	2,2	2,2	4,4
	21	1	1,1	1,1	5,5
	22	2	2,2	2,2	7,7
	23	6	6,5	6,6	14,3
	24	3	3,3	3,3	17,6
	25	2	2,2	2,2	19,8
	26	1	1,1	1,1	20,9
	27	4	4,3	4,4	25,3
	28	1	1,1	1,1	26,4
	29	1	1,1	1,1	27,5
	30	4	4,3	4,4	31,9
	31	3	3,3	3,3	35,2
	33	7	7,6	7,7	42,9
	34	4	4,3	4,4	47,3
	35	3	3,3	3,3	50,5
	36	4	4,3	4,4	54,9
	37	4	4,3	4,4	59,3
	38	4	4,3	4,4	63,7
	39	1	1,1	1,1	64,8
	40	2	2,2	2,2	67,0
	41	1	1,1	1,1	68,1

	42	2	2,2	2,2	70,3
	43	3	3,3	3,3	73,6
	45	1	1,1	1,1	74,7
	46	1	1,1	1,1	75,8
	48	2	2,2	2,2	78,0
	49	1	1,1	1,1	79,1
	50	2	2,2	2,2	81,3
	51	2	2,2	2,2	83,5
	52	2	2,2	2,2	85,7
	53	1	1,1	1,1	86,8
	56	3	3,3	3,3	90,1
	58	1	1,1	1,1	91,2
	59	1	1,1	1,1	92,3
	62	1	1,1	1,1	93,4
	63	3	3,3	3,3	96,7
	69	1	1,1	1,1	97,8
	73	1	1,1	1,1	98,9
	79	1	1,1	1,1	100,0
	Total	91	98,9	100,0	
Omisso	Sistema	1	1,1		
Total		92	100,0		

Escolaridade

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Acumulada
Válido	1º Ciclo	5	5,4	5,5	5,5
	2º Ciclo	5	5,4	5,5	11,0
	3º Ciclo	11	12,0	12,1	23,1
	Secundário	28	30,4	30,8	53,8
	Licenciatura	29	31,5	31,9	85,7
	Mestrado	13	14,1	14,3	100,0
	Total	91	98,9	100,0	
Omisso	Sistema	1	1,1		
Total		92	100,0		

Relação

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Acumulada
Válido	Primeira Visita	13	14,1	14,4	14,4
	menos de 6 meses	32	34,8	35,6	50,0
	6 meses a 1 ano	21	22,8	23,3	73,3
	mais de 1 ano	24	26,1	26,7	100,0
	Total	90	97,8	100,0	
Omisso	Sistema	2	2,2		
Total		92	100,0		

		Especialidade			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Acumulada
Válido	Análises Clínicas	3	3,3	3,4	3,4
	Acupuntura	3	3,3	3,4	6,9
	Cardiologia	1	1,1	1,1	8,0
	Dermatologia	2	2,2	2,3	10,3
	Ginecologia	4	4,3	4,6	14,9
	Homeopatia	1	1,1	1,1	16,1
	Imunoalergologia	1	1,1	1,1	17,2
	Medicina Dentária	8	8,7	9,2	26,4
	Medicina do Trabalho	6	6,5	6,9	33,3
	Neurologia	4	4,3	4,6	37,9
	Nutrição	18	19,6	20,7	58,6
	Oftalmologia	5	5,4	5,7	64,4
	Ortopedia	1	1,1	1,1	65,5
	Pediatria	5	5,4	5,7	71,3
	Pneumologia	1	1,1	1,1	72,4
	Psicologia	14	15,2	16,1	88,5
	Psiquiatria	8	8,7	9,2	97,7
	Terapia da Fala	1	1,1	1,1	98,9
	Urologia	1	1,1	1,1	100,0
	Total	87	94,6	100,0	
Omisso	Sistema	5	5,4		
Total		92	100,0		

Estatísticas Descritivas						
	N	Amplitude	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
GAP1	91	6,00	-3,00	3,00	,2527	,81094
GAP2	92	7,00	-4,00	3,00	,1957	,91674
GAP3	91	4,00	-2,00	2,00	,0989	,71577
GAP4	89	5,00	-1,00	4,00	,1910	,67211
GAP5	92	7,00	-3,00	4,00	,2065	,90830
GAP6	92	6,00	-2,00	4,00	,1848	,74020
GAP7	91	6,00	-4,00	2,00	,0659	1,00887
GAP8	92	7,00	-3,00	4,00	,3152	,94844
GAP9	92	6,00	-2,00	4,00	,2935	,94390
GAP10	90	8,00	-4,00	4,00	-,0778	1,34271
GAP11	92	5,00	-3,00	2,00	,2717	,72783

GAP12	92	6,00	-2,00	4,00	,3261	,95052
GAP13	92	5,00	-3,00	2,00	,2391	,89405
GAP14	91	5,00	-1,00	4,00	,4396	,87189
GAP15	92	7,00	-3,00	4,00	,2935	,85855
GAP16	91	8,00	-4,00	4,00	,3297	,95516
GAP17	91	4,00	-1,00	3,00	,3736	,74010
GAP18	89	4,00	-2,00	2,00	,2247	,67002
GAP19	92	4,00	-2,00	2,00	,2717	,74278
GAP20	91	6,00	-4,00	2,00	,1538	,85535
N válido (listwise)	81					

Estatísticas		
GAPT		
N	Válido	92
	Omisso	0
Média		,2310
Desvio Padrão		,57602
Amplitude		3,15
Mínimo		-1,20
Máximo		1,95

Estatísticas		
MPERT		
N	Válido	92
	Omisso	0
Média		4,3821
Desvio Padrão		,52155

Anexo V – Output IBM SPSS® Software: Análise Fatorial

DIMENSÃO TANGIBILIDADE/IMAGEM

Estatísticas Descritivas			
	Média	Erro Desvio	Análise N
PER_1	4,25	,731	88
PER_4	4,51	,758	88
PER_6	4,30	,886	88
PER_17	4,44	,623	88
PER_19	4,78	,490	88

Teste de KMO e Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,728
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	46,388
	gl	10
	Sig.	,000

Comunalidades		
	Inicial	Extração
PER_1	1,000	,409
PER_4	1,000	,370
PER_6	1,000	,441
PER_17	1,000	,459
PER_19	1,000	,379

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Variância total explicada						
Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	2,058	41,161	41,161	2,058	41,161	41,161
2	,897	17,939	59,100			
3	,762	15,234	74,335			
4	,673	13,451	87,786			
5	,611	12,214	100,000			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Matriz de componente^a

Componente	
1	
PER_1	,639
PER_4	,608
PER_6	,664

PER_17	,678
PER_19	,616

Método de Extração: Análise de Componente Principal.^a

a. 1 componentes extraídos.

DIMENSÃO CAPACIDADE DE RESPOSTA

Estatísticas Descritivas			
	Média	Erro Desvio	Análise N
PER_3	4,36	,761	88
PER_5	4,30	,819	88
PER_7	4,23	1,025	88
PER_8	4,57	,755	88
PER_10	3,81	1,133	88

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,837
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	168,378
	gl	10
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extração
PER_3	1,000	,443
PER_5	1,000	,647
PER_7	1,000	,665
PER_8	1,000	,656
PER_10	1,000	,682

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais			Somadas extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% Acumulada	Total	% de variância	% Acumulada
1	3,094	61,874	61,874	3,094	61,874	61,874
2	,702	14,041	75,916			
3	,458	9,165	85,080			
4	,419	8,386	93,466			
5	,327	6,534	100,000			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Matriz de componente^a

Componente
1

PER_3	,666
PER_5	,805
PER_7	,816
PER_8	,810
PER_10	,826

Método de Extração: Análise de Componente Principal.^a

a. 1 componentes extraídos.

DIMENSÃO EMPATIA

Estatísticas Descritivas

	Média	Erro Desvio	Análise N
PER_9	4,70	,658	91
PER_11	4,66	,670	91
PER_13	4,62	,696	91
PER_16	4,08	1,147	91

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,704
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	130,300
	gl	6
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extração
PER_9	1,000	,527
PER_11	1,000	,737
PER_13	1,000	,766
PER_16	1,000	,492

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais			Somadas extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% Acumulada	Total	% de variância	% Acumulada
1	2,521	63,033	63,033	2,521	63,033	63,033
2	,663	16,579	79,612			
3	,583	14,567	94,179			
4	,233	5,821	100,000			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Matriz de componente^a

Componente
1

PER_9	,726
PER_11	,858
PER_13	,875
PER_16	,701

Método de Extração: Análise de Componente Principal.^a

a. 1 componentes extraídos.

DIMENSÃO COMPETÊNCIA/SEGURANÇA (ANÁLISE INICIAL)

Estatísticas Descritivas

	Média	Erro Desvio	Análise N
PER_2	4,48	,867	89
PER_12	4,49	,771	89
PER_14	4,57	,705	89
PER_15	4,66	,656	89
PER_18	4,01	,923	89
PER_20	4,34	,865	89

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,861
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	258,709
	gl	15
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extração
PER_2	1,000	,818
PER_12	1,000	,664
PER_14	1,000	,685
PER_15	1,000	,669
PER_18	1,000	,295
PER_20	1,000	,540

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% Acumulada	Total	% de variância	% Acumulada
1	3,670	61,169	61,169	3,670	61,169	61,169
2	,775	12,908	74,077			
3	,580	9,664	83,741			
4	,439	7,317	91,058			
5	,344	5,729	96,787			
6	,193	3,213	100,000			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Matriz de componente^a

Componente

1

PER_2	,904
PER_12	,815
PER_14	,828
PER_15	,818
PER_18	,543
PER_20	,735

Método de Extração: Análise de Componente Principal.^a

a. 1 componentes extraídos.

DIMENSÃO COMPETÊNCIA/SEGURANÇA (ANÁLISE APÓS RETIRADA DE VARIÁVEL)

Estatísticas Descritivas

	Média	Erro Desvio	Análise N
PER_2	4,50	,858	92
PER_12	4,51	,763	92
PER_14	4,58	,699	92
PER_15	4,66	,651	92
PER_20	4,34	,855	92

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	,856
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado
	244,974
	gl
	10
	Sig.
	,000

Comunalidades

	Inicial	Extração
PER_2	1,000	,840
PER_12	1,000	,674
PER_14	1,000	,698
PER_15	1,000	,670
PER_20	1,000	,541

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	3,423	68,453	68,453	3,423	68,453	68,453
2	,582	11,637	80,090			
3	,448	8,969	89,059			
4	,341	6,815	95,874			
5	,206	4,126	100,000			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Matriz de componente^a

Componente
1

PER_2	,917
PER_12	,821
PER_14	,835
PER_15	,818
PER_20	,736

Método de Extração: Análise de Componente Principal.^a

a. 1 componentes extraídos.

Anexo VI – Output IBM SPSS Software: Análise Consistência Interna

DIMENSÃO TANGIBILIDADE/IMAGEM

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	88	95,7
	Excluídos ^a	4	4,3
	Total	92	100,0

a. Exclusão por método listwise com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
Alfa de Cronbach	,629	,642 5

Matriz de correlação entre itens

	PER_1	PER_4	PER_6	PER_17	PER_19
PER_1	1,000	,202	,240	,385	,217
PER_4	,202	1,000	,303	,245	,239
PER_6	,240	,303	1,000	,260	,307
PER_17	,385	,245	,260	1,000	,242
PER_19	,217	,239	,307	,242	1,000

DIMENSÃO CAPACIDADE DE RESPOSTA

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	88	95,7
	Excluídos ^a	4	4,3
	Total	92	100,0

a. Exclusão por método listwise com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
Alfa de Cronbach	,839	,844 5

Matriz de correlação entre itens

	PER_3	PER_5	PER_7	PER_8	PER_10
PER_3	1,000	,471	,350	,477	,416
PER_5	,471	1,000	,576	,543	,558
PER_7	,350	,576	1,000	,574	,661
PER_8	,477	,543	,574	1,000	,573
PER_10	,416	,558	,661	,573	1,000

DIMENSÃO EMPATIA

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	91	98,9
	Excluídos ^a	1	1,1
	Total	92	100,0

a. Exclusão por método listwise com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
Alfa de Cronbach	,761	,801
		4

Matriz de correlação entre itens

	PER_9	PER_11	PER_13	PER_16
PER_9	1,000	,524	,452	,369
PER_11	,524	1,000	,741	,396
PER_13	,452	,741	1,000	,525
PER_16	,369	,396	,525	1,000

DIMENSÃO COMPETÊNCIA/SEGURANÇA

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	92	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	92	100,0

a. Exclusão por método listwise com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

	Alfa de Cronbach com base em itens	
Alfa de Cronbach	padronizados	N de itens
,880	,883	5

Matriz de correlação entre itens

	PER_2	PER_12	PER_14	PER_15	PER_20
PER_2	1,000	,696	,742	,698	,621
PER_12	,696	1,000	,616	,550	,525
PER_14	,742	,616	1,000	,625	,444
PER_15	,698	,550	,625	1,000	,502
PER_20	,621	,525	,444	,502	1,000

INTENÇÕES COMPORTAMENTAIS

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	91	98,9
	Excluídos ^a	1	1,1
	Total	92	100,0

a. Exclusão por método listwise com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

	Alfa de Cronbach com base em itens	
Alfa de Cronbach	padronizados	N de itens
,928	,929	3

Matriz de correlação entre itens

	INT_1	INT_2	INT_3
INT_1	1,000	,794	,857
INT_2	,794	1,000	,788
INT_3	,857	,788	1,000

Anexo VII – Output IBM SPSS® Software: Análise Fatorial (H1)

Estatísticas Descritivas

	Média	Erro Desvio	Análise N
Tangibilidade/Imagem	,0175810	,98849413	83
Capacidade de Resposta	,0140821	1,00535471	83
Empatia	-,0427952	1,02731012	83
Competência/Segurança	-,0310565	1,01430368	83

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,803
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	257,643
	gl	6
	Sig.	,000

Comunalidades

	Inicial	Extração
Tangibilidade/Imagem	1,000	,513
Capacidade de Resposta	1,000	,792
Empatia	1,000	,901
Competência/Segurança	1,000	,878

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	3,083	77,087	77,087	3,083	77,087	77,087
2	,589	14,720	91,807			
3	,235	5,865	97,672			
4	,093	2,328	100,000			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Matriz de componente^a

	Componente 1
Tangibilidade/Imagem	,716
Capacidade de Resposta	,890
Empatia	,949
Competência/Segurança	,937

Método de Extração: Análise de Componente Principal.^a

a. 1 componentes extraídos.

Anexo VIII – Output IBM SPSS® Software: Consistência Interna (H1)

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	83	90,2
	Excluídos ^a	9	9,8
	Total	92	100,0

a. Exclusão por método listwise com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
Alfa de Cronbach	,898	,897 4

Matriz de correlação entre itens

	Tangibilidade /Imagem	Capacidade de Resposta	Empatia	Competência/ Segurança
Tangibilidade/Imagem	1,000	,487	,566	,556
Capacidade de Resposta	,487	1,000	,814	,782
Empatia	,566	,814	1,000	,904
Competência/Segurança	,556	,782	,904	1,000

Anexo IX – Output IBM SPSS® Software: Análise de Regressão Linear Simples (H2)

Sumarização do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,806 ^a	,650	,645	,60445640	1,862

a. Preditores: (Constante), Qualidade

b. Variável Dependente: Intenções Comportamentais

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
1	Regressão	54,230	1	54,230	148,425	,000 ^b
	Resíduo	29,229	80	,365		
	Total	83,459	81			

a. Variável Dependente: Intenções Comportamentais

b. Preditores: (Constante), Qualidade

Coefficientes^a

Modelo	B	Coefficientes não padronizados Erro Padrão	Coefficientes padronizados Beta	t	Sig.
1 (Constante)	-,020	,067		-,297	,768
Qualidade	,815	,067	,806	12,183	,000

a. Variável Dependente: Intenções Comportamentais

Estatísticas de resíduos^a

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	N
Valor predito	-2,3440781	,8197178	-,0257196	,81823071	82
Resíduo	-1,95939279	1,35534823	,00000000	,60071359	82
Valor Predito Padrão	-2,833	1,033	,000	1,000	82
Resíduo Padrão	-3,242	2,242	,000	,994	82

a. Variável Dependente: Intenções Comportamentais

Anexo X – Output IBM SPSS® Software: Análise de Regressão Linear Múltipla (H2)

Sumarização do modelo^b

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,841 ^a	,708	,693	,56266664	1,953

a. Preditores: (Constante), Competência/Segurança, Tangibilidade/Imagem, Capacidade de Resposta, Empatia

b. Variável Dependente: Intenções Comportamentais

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
1	Regressão	59,081	4	14,770	46,654	,000 ^b
	Resíduo	24,378	77	,317		
	Total	83,459	81			

a. Variável Dependente: Intenções Comportamentais

b. Preditores: (Constante), Competência/Segurança, Tangibilidade/Imagem, Capacidade de Resposta, Empatia

Coefficientes^a

Modelo		Coefficientes não padronizados B	Erro Padrão	Coefficientes padronizados Beta	t	Sig.
1	(Constante)	-,013	,063		-,214	,831
	Tangibilidade/Imagem	,008	,077	,008	,106	,916
	Capacidade de Resposta	,399	,108	,397	3,683	,000
	Empatia	-,160	,157	-,162	-1,019	,311
	Competência/Segurança	,639	,147	,641	4,345	,000

a. Variável Dependente: Intenções Comportamentais

Estatísticas de resíduos^a

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	N
Valor predito	-2,2289348	,7721358	-,0257196	,85404849	82
Resíduo	-1,75883102	,99747390	,00000000	,54859775	82
Valor Predito Padrão	-2,580	,934	,000	1,000	82
Resíduo Padrão	-3,126	1,773	,000	,975	82

a. Variável Dependente: Intenções Comportamentais

Anexo XI – Output IBM SPSS® Software: Testes de Hipóteses

H3A – QUALIDADE PERCEBIDA X GÉNERO

Teste de Homogeneidade de Variâncias

Qualidade	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
	,578	1	81	,449

ANOVA

Qualidade	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Entre Grupos	3,751	1	3,751	3,883	,052
Nos grupos	78,249	81	,966		
Total	82,000	82			

H3B – QUALIDADE PERCEBIDA X IDADE

Teste de Homogeneidade de Variâncias

Qualidade	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
	2,991	4	77	,024

ANOVA

Qualidade	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Entre Grupos	7,989	4	1,997	2,093	,090
Nos grupos	73,487	77	,954		
Total	81,476	81			

H3C – QUALIDADE PERCEBIDA X ESCOLARIDADE

Teste de Homogeneidade de Variâncias

Qualidade	Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
	3,008	5	76	,016

ANOVA

Qualidade

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Entre Grupos	5,648	5	1,130	1,229	,304
Nos grupos	69,851	76	,919		
Total	75,499	81			

H3D – QUALIDADE PERCEBIDA X RELAÇÃO**Teste de Homogeneidade de Variâncias**

Qualidade

Estatística de Levene	gl1	gl2	Sig.
4,106	3	77	,009

ANOVA

Qualidade

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Entre Grupos	19,779	3	6,593	8,357	,000
Nos grupos	60,745	77	,789		
Total	80,524	80			

Testes Posteriores**Comparações múltiplas**

Variável dependente: Qualidade

Tukey HSD

(I) Relação	(J) Relação	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Primeira Visita	menos de 6 meses	-1,43631322*	,30815541	,000	-2,2455399	-,6270865
	6 meses a 1 ano	-1,40857460*	,32141541	,000	-2,2526225	-,5645267
	mais de 1 ano	-1,27787302*	,32141541	,001	-2,1219210	-,4338251
menos de 6 meses	Primeira Visita	1,43631322*	,30815541	,000	,6270865	2,2455399
	6 meses a 1 ano	,02773862	,25842772	1,000	-,6509015	,7063787
	mais de 1 ano	,15844020	,25842772	,928	-,5201999	,8370803
6 meses a 1 ano	Primeira Visita	1,40857460*	,32141541	,000	,5645267	2,2526225

	menos de 6 meses	-,02773862	,25842772	1,000	-,7063787	,6509015
	mais de 1 ano	,13070158	,27410399	,964	-,5891049	,8505081
mais de 1 ano	Primeira Visita	1,27787302*	,32141541	,001	,4338251	2,1219210
	menos de 6 meses	-,15844020	,25842772	,928	-,8370803	,5201999
	6 meses a 1 ano	-,13070158	,27410399	,964	-,8505081	,5891049

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Subconjuntos homogêneos

Qualidade

Tukey HSD^{a,b}

Relação	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Primeira Visita	12	-1,1543045	
mais de 1 ano	21		,1235685
6 meses a 1 ano	21		,2542701
menos de 6 meses	27		,2820087
Sig.		1,000	,948

São exibidas as médias para os grupos em subconjuntos homogêneos.

a. Usa o Tamanho da Amostra de Média Harmônica = 18,552.

b. Os tamanhos de grupos são desiguais. A média harmônica dos tamanhos de grupos é usada. Os níveis de erro de Tipo I não são garantidos.